

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**



**A VIVÊNCIA DO LUTO PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA**

Luísa Telmo de Sousa Pires Gil Santos

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados  
Paliativos

2018

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE LISBOA**



**A VIVÊNCIA DO LUTO PELOS MÉDICOS DE FAMÍLIA**

Luísa Telmo de Sousa Pires Gil Santos

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados  
Paliativos

2018

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da  
Faculdade de Medicina em reunião de 20 de março de 2018**

## **Dedicatória**

Aos três homens da minha vida: o Emídio, o Miguel e o Francisco.

À minha avó Aldora.

## **Agradecimentos**

À minha família por me ensinar a saborear os momentos bons da vida e me apoiar incondicionalmente.

Ao Prof. Doutor António Barbosa, orientador deste trabalho, por me ter brindado com a sua disponibilidade e sabedoria.

À Ana e à Patrícia pelo seu apoio e incentivo preciosos.

À Nicole pela partilha dos dias de consulta, dos almoços, dos seus (muitos) conhecimentos e pelo exemplo de humildade.

Aos colegas que participaram neste estudo e que tiveram a coragem de partilhar a sua história, alegrias, dor e angústias.

A todos os doentes que tenho o privilégio de contactar e que me permitem entrar na sua intimidade e melhorar a sua vida até à morte.

A todos os meus doentes falecidos, pelo que aprendi com eles.

## RESUMO

Os médicos de família (MF) seguem os utentes desde o nascimento até à morte e acompanham as famílias nas várias fases do ciclo de vida. A prestação de cuidados de saúde holísticos e longitudinais engloba também o acompanhamento dos utentes em fim de vida pelo que o MF é, não raras vezes, responsável por ações paliativas. O luto é uma resposta natural, adaptativa e necessária a uma perda. A vivência do luto dos MF pelos seus doentes é pouco conhecida bem como as repercussões que esses sentimentos têm no acompanhamento dos familiares enlutados que os MF continuam a seguir.

Os objetivos deste trabalho são compreender a forma como os MF vivenciam a notícia da morte dos seus doentes e qual a interferência desta perda na relação médico-doente com os familiares enlutados.

Foi realizado um estudo qualitativo através de entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de onze MF. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra sendo posteriormente realizada a análise de conteúdo segundo Bardin.

Os MF experienciam vários sentimentos quando recebem a notícia do falecimento dos seus doentes, a maioria deles negativos. No entanto, estes sentimentos são diferentes consoante o médico está perante uma morte expectável ou de um doente paliativo ou perante uma morte não expectável ou de um doente jovem ou numa situação aguda.

Assim, perante uma morte expectável, os médicos experienciam sentimentos negativos como a tristeza, a incerteza (o questionamento acerca das suas competências técnicas, necessidade de rever processo clínico) e o isolamento. Como sentimentos positivos os médicos referem sentir aceitação pela perda, empatia pela família enlutada e alívio pelo fim do sofrimento do doente.

Quando estão perante uma morte não expectável, os médicos experienciam em grande frequência sintomas negativos como o choque, a surpresa, a incerteza (o questionamento acerca das suas competências técnicas, necessidade de rever processo clínico), a impotência, a descrença, a negação e a angústia. Os médicos sentem, como principal reação vivencial positiva, empatia pelo sofrimento dos familiares enlutados dado a imprevisibilidade do acontecimento vivido.

Naqueles doentes em que a relação médico-doente é mais próxima, os médicos sentem a perda de forma mais intensa e referem sentimentos de tristeza, isolamento, pena até aceitarem a morte do seu doente.

Apesar das reações vivenciais serem maioritariamente negativas quando recebem a notícia do falecimento de um utente, os MF, perante os familiares enlutados têm uma postura ativa que se manifesta por uma maior disponibilidade e acessibilidade às consultas, apoio, acompanhamento, empatia. Estas reações positivas vão contribuir, na maioria dos casos para uma relação médico-doente mais próxima.

Conclui-se que o processo de luto do MF não é diferente do processo de luto de um familiar. O médico é humano e também sente a perda. Com esta vivência, as atitudes para com os familiares são predominantemente ativas e vão resultar numa relação médico-doente mais fortalecida.

**Palavras chave:** luto, médico de família, relação médico-doente, sentimentos, cuidados paliativos

## **Abstract**

Family physicians (FPs) see patients from birth until death and support families through the different life cycle stages. The holistic and longitudinal healthcare provision also includes the follow-up of end-of-life patients by FPs, who are often responsible for palliative actions. Grief is a natural, adaptive and necessary response to loss. The FP's experience of bereavement for their patients is little known as are the repercussions that these feelings have in the follow-up of the bereaved relatives that continue to consult the FP.

The aims of this paper are to understand how FPs experience the new of their patient's death and how does it interfere with the physician-patient relationship with bereaved relatives.

A qualitative study was conducted through semi-structured interviews using a sample of eleven FPs. The interviews were recorded in audio and fully transcribed. Subsequently, the content analysis was carried out according to Bardin.

FPs experience multiple feelings when faced with their patient's death, most of these feelings being negative. However, these feelings differ depending on whether the physician is facing an expected death and a palliative patient's death or an unplanned death, a young patient's death and a death in an acute medical circumstance.

Thus, faced with an expected death physicians experience negative feelings such as sadness, uncertainty (questioning about their technical skills, necessity to review clinical record), and isolation. As for positive feelings physicians have reported feeling loss acceptance, empathy for the bereaved family and relief from the end of a patient's suffering.

When faced with an unexpected death, physicians experience mostly negative symptoms such as shock, surprise, uncertainty (questioning about their technical skills, necessity to review clinical record), impotence, disbelief, denial and distress. The main positive experiential reaction physicians feel is empathy for the suffering of bereaved relatives given the unpredictability of the event.



For those patients with closer physician-patient relationship, physicians feel the loss more intensely and report feelings of sadness, isolation and pity until they accept the death.

Although FP's experiential reactions are mostly negative when receiving the news of a patient's death, when dealing with bereaved relatives they have an active posture. It manifests itself by a greater availability and accessibility to consultations, support, follow-up and empathy. In most cases these positive reactions will contribute to a closer physician-patient relationship.

In conclusion, the FPs grieving process is not different from the grieving process of a relative. The physician is human and also feels the loss. With this experience, the behavior towards the relatives is predominantly active and will result in a strengthened physician-patient relationship.

**Keywords:** bereavement, family physician, physician-patient relationship, feelings, palliative care

## Abreviaturas

ACES-LC: Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central

APMCG: Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

ARSLVT: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

INE: Instituto Nacional de Estatística

IQS: Instituto de Qualidade em Saúde

MF: Médico de Família

MGF: Medicina Geral e Familiar

OMS: Organização Mundial de Saúde

PDS: Plataforma de Dados de Saúde

Prof.: Professor

RNU: Registo Nacional de Utentes

SIARS: Sistema de Informação das ARS

USF: Unidade de Saúde Familiar

WONCA: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (Organização Mundial dos Médicos de Família)

# ÍNDICE

Índice de Quadros, Figuras e Tabelas .....	x
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>3</b>
2.1 O Luto .....	3
2.2 O Luto e os Cuidados Paliativos .....	11
2.3 Medicina Geral e Familiar .....	18
2.3.1 A Medicina Geral e Familiar – história e missão .....	18
2.3.2 A consulta e a relação médico-doente .....	21
2.3.3 O luto e o Médico de Família .....	24
<b>3. RELEVÂNCIA E OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>28</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>30</b>
4.1 Questões de investigação .....	30
4.2 Escolha da metodologia .....	30
4.3 Apresentação e aprovação do protocolo do estudo .....	33
4.4 População e amostra .....	33
4.5 Instrumento de colheita de dados .....	36
4.6 Procedimento .....	38
4.7 Limitações da metodologia da colheita de dados .....	38
4.8 Tratamento e análise de dados .....	38
<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>41</b>
5.1 Caracterização demográfica da amostra .....	41
5.2 Respostas às Questões do guião .....	42
5.2.1 Formas de informação do óbito .....	42
5.2.2. Impacto do falecimento do utente no médico de família: reações vivencias do médico de família .....	43
5.2.2.1 Reações vivenciais com a notícia do falecimento do utente .....	43
5.2.2.2 O luto do primeiro doente .....	52
5.2.2.3 Reações vivenciais perante três situações de morte: contexto agudo/inesperado, doente paliativo, utente jovem .....	54
5.2.3. Atitudes do médico de família para com os familiares e mudança na relação médico-doente .....	59

5.2.3.1 Atitudes do médico de família para com os familiares enlutados .....	59
5.2.3.2 Mudança na relação médico-doente.....	63
5.2.4. Formação em luto .....	64
6. DISCUSSÃO .....	66
6.1 Formas de informação do óbito .....	66
6.2 Impacto do falecimento do utente no médico de família: reações vivencias do médico de família .....	66
6.3 Atitudes do médico de família para com os familiares e mudança na relação médico-doente .....	70
6.4 Formação em luto .....	72
7. CONCLUSÕES .....	74
8. BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS.....	ix

## Índice de Quadros, Figuras e Tabelas

Quadro I. Modelo de Tripla Integração do processo de luto (níveis e mecanismos) .....	6
Quadro II. Padrões do processo de luto.....	7
Quadro III. Caracterização da amostra .....	41
Quadro IV. Formas de conhecimento da morte dos utentes.....	42
Quadro V. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte expectável .....	44
Quadro VI. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte não expectável.....	48
Quadro VII. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte em contexto agudo .....	55
Quadro VIII. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte paliativa .....	57
Quadro IX. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte de um doente jovem .....	58
Quadro X. Categoria: Atitudes do médico de família para com os familiares .....	60
Quadro XI. Categoria: Mudança na relação médico-doente.....	64
Figura 1. Área de influência das USF.....	34
Tabela 1 – Utentes inscritos nas USF Oriente e USF Monte Pedral distribuídos por sexo e idade (Fonte SIARS) .....	35

## 1. INTRODUÇÃO

*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si e levam um pouco de nós.”*

*In O Príncipezinho, Antoine de Saint-Exupéry*

Apesar da visibilidade crescente dos Cuidados Paliativos ao longo das últimas décadas, ainda há grande resistência por parte dos profissionais em assimilar o conceito de morte e em aceitá-la como um fim de vida natural. Sendo transversal a todas as áreas da medicina, é nos Cuidados Paliativos que o trabalho do luto assume um papel crucial, uma vez que uma equipa multiprofissional tem a possibilidade de acompanhar o doente e a família e intervir antes da morte ocorrer, prevenindo lutos patológicos. Por outro lado, o trabalho diário com o sofrimento do doente e suas famílias é de tal forma intenso e com tão pouco tempo para refletir e digerir cada caso, que pode levar os profissionais de saúde a apresentarem vários síndromes individuais, comprometendo o acompanhamento adequado do doente e da família.

Os cuidados em fim de vida representam, assim, um desafio para os doentes e seus familiares e para o médico que também acompanha a família enlutada.

O trabalho do luto começa com a desorganização provocada por uma perda significativa e desenvolve-se por várias reações e processos de modo a promover a integração dessa perda e reorganização da pessoa enlutada (Barbosa, 2016).

Existem na literatura alguns estudos sobre as reações dos médicos à perda dos doentes, mas pouco se sabe acerca da forma como o médico de família vive a morte dos seus doentes e como faz o luto destes. Nada se sabe acerca da forma como os sentimentos que experiencia interferem com a relação médico-doente e, consequentemente, na continuidade de cuidados aos familiares enlutados.

Pretende-se, com a realização de um estudo descritivo e exploratório, compreender como o médico de família, que segue a família do nascimento à morte, vive a morte dos seus doentes e se essa experiência pessoal tem interferência com a relação médico-doente com a família enlutada.

Este trabalho está organizado em sete capítulos, sendo o primeiro dedicado à introdução.

No segundo capítulo deste trabalho descrevem-se os modelos do processo de luto, realçando os trabalhos sobre luto profissional, e ainda abordamos o conceito de MGF e os fundamentos da relação médico-doente.

No terceiro capítulo são expostos os objetivos do estudo que movem esta investigação.

No quarto capítulo está sumarizada a metodologia de investigação escolhida, os procedimentos e os instrumentos de investigação utilizados.

No quinto capítulo são apresentados os resultados de investigação que permitem cumprir os objetivos propostos e responder às questões de investigação.

No sexto capítulo são discutidos os resultados obtidos enquadrando-os com outros trabalhos realizados.

Terminando com a conclusão no Capítulo 7, realçando alguns aspetos que poderão ser úteis em estudos futuros.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 O Luto

O luto é uma resposta natural a uma perda significativa. É uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um complexo processo dinâmico de mudança e transformação que envolve dimensões físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana (Barbosa, 2016).

Existem dois componentes no luto: a perda e a resposta.

A *perda*, o deixar de possuir algo, pode ser real (pessoa, animal, objeto) ou simbólica (ideal, expectativa, potencialidade), e vai despoletar um conjunto de reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais a que se designa processo de luto (Barbosa, 2010, 2016).

A *resposta* consiste no conjunto de sintomas e reações à perda. A maioria dos modelos e teorias sobre o luto derivam de observações clínicas ou de estudos com amostras de pessoas que perderam uma pessoa significativa nas suas vidas. Estes modelos e teorias propõem um conjunto de pressupostos que permitem compreender as experiências das pessoas enlutadas e apoiá-las de forma adequada, de modo a vivenciarem esta fase das suas vidas sem que isso provoque doença. A resposta será tanto mais intensa quanto maior o significado da perda e a ligação ao objeto perdido. Falar de luto e da resposta à perda é falar de amor.

Vários autores têm proposto modelos evolutivos do luto que expliquem essa resposta.

Lindemann (1944) foi dos primeiros a fazer investigação empírica sobre o luto e descreveu e sistematizou os principais sintomas e reações à perda: stresse somático, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reação hostil, perda de padrões de controlo.



Engel (1961) considerou o luto como uma resposta biológica primária ao stresse, com o sistema nervoso central a mediar dois tipos de resposta: reação de luto-fuga (predominantemente ansiosa) e uma reação de retirada-conservação (predominantemente depressiva). Como sequência de acontecimentos descritos em seis fases: choque e descrença; consciência da perda; restituição; resolução da perda; idealização e resultado.

Kübler-Ross (1969) no seu trabalho com doentes oncológicos, descreveu cinco fases ou estádios de confrontação com a notícia da própria morte: negação e isolamento; raiva e protesto; negociação; depressão e aceitação. Esta sua teoria aplica-se tanto aos doentes e como aos enlutados.

Bowlby (1980) no seu trabalho com crianças órfãs e mais tarde Parkes (1986,1988) ao transpor esse trabalho para os viúvos idosos, descrevem a teoria da vinculação em que o enlutado passa pelas seguintes fases no seu processo de luto: entorpecimento, anseio e procura, desorganização e desespero/depressão, reorganização/recuperação. Nesta teoria, a segurança da vinculação (laços de relações íntimas) fica “desfeita” e determina as reações ou as fases do luto.

Worden (1991) descreve o luto como um modelo de tarefas que o enlutado faz como forma de ajustamento à perda: aceitar a realidade da perda; processar a dor produzida pela perda; adaptar-se a continuar a viver sem o falecido; recordar o falecido de forma saudável para que o enlutado continue a sua vida. Este modelo confere um papel mais ativo ao enlutado pois este não espera pelo passar das fases, mas sim promove uma capacidade de reflexão e influência no seu percurso adaptativo de reaprender o mundo.

Sanders (1994) desenvolveu um modelo com cinco fases (choque, consciência da perda, conservação-retirada, elaboração, renovação) com três níveis de funcionamento (biológico, psicológico, social) para cada uma delas, onde dominam os aspetos intrusivos do trauma. As três primeiras fases estão centradas nas necessidades físicas e as duas últimas associadas à decisão do enlutado de sobreviver e recomeçar a

vida. Depois das angústias, emoções e do stresse que a perda provocou, o enlutado vai tomando controlo da situação e aceitando uma nova vida sem o falecido.

Stroebe (1999) descreve o modelo dual onde existe um processo cognitivo *stress-coping*, um processo dual, com oscilações entre tarefas de *coping* orientadas para a perda e a restauração. O enlutado oscila entre a resposta aos dois de forma individualizada, entre a preocupação com a perda e o reinvestimento no mundo transformado pela perda.

Neimeyer (2002) refere que o luto é um processo de reconstrução de significado e que é na adoção de estratégias que estimulam a produção de sentido que o enlutado vai integrar a sua perda, encontra significado e reaprende a viver.

Todos estes modelos estão intrinsecamente ligados, tal como todas as dimensões da pessoa são chamadas a responder ativamente aos desafios emocionais, psicológicos, físicos, intelectuais, sociais e espirituais provocados pela perda (Barbosa, 2016).

Partindo deste contexto, Barbosa (2010, 2016) desenvolveu o *Modelo de Tripla Integração do Luto*. Este consiste em identificar na perda três níveis de vivência (intrapessoal, interpessoal e transpessoal) e que se desenvolve através de três mecanismos fundamentais de adaptação (evitamento, assimilação e acomodação) (Quadro I).

No *nível intrapessoal*, compreende-se e aceita-se a realidade da perda através da elaboração da dor, do ponto de vista somático, emocional, cognitivo e existencial, dando-lhe algumas formas de expressão que possam permitir o trabalho de integração harmoniosa.

No *nível interpessoal*, a relação física com o falecido transforma-se numa experiência de presença virtual e constrói-se uma memória simbólica integrada e perdura uma vivência serena de uma ligação significativa vivida.

No *nível transpessoal*, relaciona-se a experiência da vivência da morte com a experiência e a visão do mundo como um todo, no sentido de produzir uma nova maneira de ver e sentir o mundo, com a construção de uma nova identidade já sem o falecido,

com uma transcendência mais alargada sobre o sentido, o valor e o comprometimento com a vida.

**Quadro I. Modelo de Tripla Integração do processo de luto (níveis e mecanismos)**

Níveis	Mecanismos		
	Evitamento	Assimilação	Acomodação
<b>Trauma</b> (Intrapessoal) "Dor da perda"	Entorpecimento	Dor emocional	Reexperiência do prazer sem culpa e medo
<b>Separação relacional</b> (Interpessoal) "Dor da ausência"	Procura	Reexperiência de memórias relacionais	Integração simbólica na memória
<b>Rotura existencial</b> (transpessoal) "Dor da incerteza"	Negação	Desespero	Reconstrução de significado

*In "Fazer o Luto" Barbosa, 2016*

A passagem por estes níveis faz-se através de movimentos flutuantes (de contacto e de evitamento) numa miríade de polaridades dialéticas (Barbosa, 2013) que vão conduzir à integração sentida e refletida da perda.

O processo de luto é multinivelado e muito ativo, mas altamente personalizado e determinado por inúmeros fatores da vida do enlutado. Não se trata de um processo linear, mas sim um conjunto de vários padrões fluidos, sobrepostos que variam ao longo do tempo (verticalmente) e de pessoa para pessoa (horizontalmente).

No Modelo da Tripla Integração existem três principais padrões de manifestações, ou seja de resposta, do processo de luto:

- Choque/negação
- Desorganização/integração
- Reformulação/reorganização

Cada padrão possui dois subpadrões, com as respetivas funções e "resultados", tal como mostra o Quadro II. Em cada padrão existem aspetos somáticos, cognitivos, comportamentais, sociais e espirituais próprios.

**Quadro II. Padrões do processo de luto.**

<b>Padrão</b>	<b>Mecanismos</b>	<b>Subpadrões</b>	<b>Funções</b>	<b>“Resultados”</b>
Choque/negação	Evitamento	Choque	Anestesia	Estabilização
		Negação	Proteção	Segurança
Desorganização/integração	Assimilação	Desorganização	Reconhecimento	Consciencialização
		Integração	Contacto	Mentalização
Reformulação/reorganização	Acomodação	Reformulação	Transformação	Maturação
		Reorganização	Crescimento	Desenvolvimento

*In “Fazer o Luto” Barbosa, 2016*

Consideram-se neste modelo três resultados propícios a um trabalho de luto integrado:

- Estabilização/segurança - para que a experiência da perda seja vivida em ambiente seguro e confiável.
- Consciencialização/mentalização – desenvolver a capacidade de conhecer a realidade, promover o autoconhecimento para melhorar a capacidade de aprender com a experiência vivida a nível físico e psicológico.
- Maturação/desenvolvimento – amadurecimento das suas capacidades e recursos internos para que, aberto à experiência, possa prosseguir com o seu próprio desenvolvimento.

A identificação destes padrões serve como guia de orientação, dando pistas para ajudar os profissionais a identificar o sofrimento no contexto de processo de reorganização bem como o sofrimento “desnecessário” que leva à complicação do processo de luto.

No padrão *choque/negação*, manifestações como o choque, a descrença, o entorpecimento, a negação, o embotamento afetivo, podem alternar com uma dor mental intensa. A reação de choque é mais frequente em situações em que não houve uma preparação para a perda e em que a pessoa é confrontada com a realidade da perda de forma inesperada. O choque funciona como “anestésico”, o enlutado sente-se distanciado do corpo e das emoções, com momentos de despersonalização e desrealização. Há dificuldade em assimilar a realidade que o rodeia, mostrando-se atordoado e desconcentrado. As respostas somáticas mais frequentemente observadas são: aperto e pressão torácica, palpitações, tremor, agitação, inquietude, tensão nos

ombros, náuseas, epigastrias, medos, desmaios, tonturas, dificuldades mnésicas, estados dissociativos. Estas reações não devem ser contidas nem abafadas, devendo ser encontrado espaço para a sua verbalização. O evitamento ou negação é outra estratégia para modelar o impacto emocional causado por uma dor mental demasiado intensa. Sentimentos como descrença/incredulidade, recusa/rejeição, injustiça, racionalização, podem ser identificados.

No padrão *desorganização/integração* inclui estados afetivos intensos que vão alternando entre si, estados de desconforto físico ou emocional, isolamento social, preocupações recorrentes com vários aspetos do falecido. As emoções mais sentidas são a tristeza, saudade, desespero, angústia. Estas respostas assemelham-se aos sintomas de depressão, mas não devem ser tratados como tal pois fazem parte das respostas necessárias e saudáveis do processo do luto. São momentos importantes para que se faça a assimilação da perda e uma regulação emocional. Viver as emoções e compreender a função que elas desempenham é a forma mais natural de se superar a tristeza e a saudade. O enlutado tem direito a estar triste, melancólico e angustiado. É um processo doloroso que o enlutado necessita de percorrer para que possa fazer a integração do luto. A perda tem de ser aceite racionalmente e emocionalmente, caso contrário a integração desta vivência não fica completa havendo maior probabilidade de recorrência. Começa-se a integrar o luto quando se exprimem as emoções e se está disponível para explorar os sentimentos. Este caminho não é linear e tem flutuações entre a dor, tristeza, saudade e a recordação dos momentos especiais. Há vários tipos de recordações que não devem ser evitadas:

- Recordações conscientes - datas de aniversário, de casamento, do diagnóstico; lugares especiais; passatempos; passeios; músicas; filmes; características pessoais;
- Recordações inconscientes - surgem sem o enlutado se aperceber, o passado aparece e as emoções surgem de forma suportável.
- Recordações traumáticas – são recordações inconscientes e sem controlo, são intrusões que provocam emoções intensas e dolorosas.

Para além das recordações há outras atitudes que podem ser descritas neste padrão: o recurso a objetos de ligação (andar com o boneco preferido, ter consigo o último objeto que tocou); desejos de proximidade física, ilusões; pensamentos ruminativos; fantasias; sensação de chamamento ou de presença física do falecido; movimentos de procura; diálogo com o falecido; movimentos de mimetização (adotando os comportamentos ou rotinas que o falecido tinha); visitas ao cemitério; rituais religiosos.

Surge frequentemente a culpa. Culpa por estar a usufruir da vida e o falecido não. Culpa por sentir alívio, por ter desejado a morte do falecido pelo enorme sofrimento que presenciava. Culpa por falta de apoio prestado em vida ao falecido. Este sentimento pode ter efeitos negativos conduzindo à vergonha e à auto-desvalorização e consequente infelicidade. A culpa quando intensa, pode bloquear o enlutado a pedir ajuda.

A zanga, outras das manifestações frequentes nesta fase, surge na sequência da frustração, de desamparo. Pode ser dirigida ao falecido, ao próprio, aos amigos e família, aos profissionais de saúde, a Deus. Quando a raiva é excessiva e duradoura, surge a amargura e o ressentimento. Nos enlutados que tiveram grande dificuldade em controlar a zanga podem surgir com expressões de revolta, com ódios, desejos de vingança.

Existe, em certos momentos, um grau de isolamento necessário para que o enlutado possa sentir, recordar e dialogar consigo mesmo. É uma solidão emocional. Por vezes, a esta junta-se a solidão social com comportamento de evitamento da companhia dos amigos, familiares, incapacidade de cumprir as tarefas sociais e profissionais.

As diferentes estratégias de evitamento propiciam vários comportamentos que se designam de "aditivos" (ex.: álcool, drogas, fármacos, alimentos) ou a procura por atividades de risco que ativam descargas de adrenalina (ex.: alta velocidade, desportos de risco).

No padrão de *reformulação/reorganização* desenvolve-se uma experiência integrada que leva o enlutado para uma transformação que se traduz na mudança na sua vida interior, no estabelecimento de novas relações interpessoais e um eventual despertar transcendental. Há o reconhecimento da perda, o voltar ao trabalho, adquirir novos papéis, procurar novas relações, redescoberta do sentido da vida, crescimento

pessoal e espiritual e desenvolvimento de uma nova identidade. Neste percurso o enlutado refaz o seu ideal de vida, reformula as modalidades de bem-estar e de conforto, aprecia de forma mais eletiva e sensível as relações pessoais, altera a sua atitude e a relação com o transcendental, ou seja, sofre uma série de mudanças a que também se podem designar de crescimento pessoal. Há, assim, uma redescoberta de significados pessoais, sociais e transcendentais. O enlutado está mais consciente de si e dos outros, sente-se mais forte e assume novos papéis. Cuida melhor de si e do que faz com o tempo, com mais disposição e sentimentos de presença para viver a vida em plenitude, encarando a solidão como agente de mudança para lutar por uma vida diferente, mais intensa, aceitando o que ela traz. Renova-se a identidade, continuando a honrar o falecido. Neste padrão, o enlutado desenvolve flutuações entre a reorganização das relações pessoais e sociais e a reformulação existencial e as revivências emocionais relativas ao falecido já sem sentimentos de angústia. As recordações são revisitadas com serenidade e como fonte de novos significados que vão amadurecer o processo de integração do luto. Neste momento há espaço para o perdão, como ato reparador de feridas relacionais, como atitude de aceitação incondicional do outro tal como ele é. Para perdoar e pedir perdão há que deixar por terra as injustiças, os sentimentos de culpa, o ressentimento, o orgulho e as imperfeições. Perdoa-se quando se pode reviver o passado sem que a dor seja reativada nem sejam despertadas emoções fortes. Associado ao perdão surge a gratidão, o agradecimento pela história de relação com o falecido e pelas memórias e vivências que ficaram. Também podem surgir manifestações de "luto pelo futuro não vivido", ou seja, o enlutado referir o que não viverá pela ausência dessa pessoa que já não está com ela (uma viagem, o casamento de um filho, o nascimento dos netos). O manifestar destas emoções e a sua exploração permitem a compreensão do vínculo que existia com o enlutado. Nesta fase final do luto há uma maior abertura em dar e receber amor por existir uma maior capacidade e necessidade de sentir e expressar afeto. Quando o enlutado está receptivo a dar e receber amor, permite que se faça o trabalho interior de relembrar atos, vivências e momentos importantes passados com o falecido (Barbosa, 2016).

Todo este processo de luto exige um esforço adaptativo que leva a uma transformação da pessoa favorecendo o seu crescimento. Todas as reações deverão ser

validadas como reações normais e esperadas neste processo. Como já se referiu anteriormente, o processo de luto é um processo de amor, e, na viagem de integração dessa perda, o enlutado deve ter apoio e acompanhamento especializado para poder reconstruir e reorganizar a sua experiência de amor, a sua vida.

## **2.2 O Luto e os Cuidados Paliativos**

Segundo a OMS (2002), os Cuidados Paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico de vida limitado, através da promoção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e dos espirituais.

Desta forma, os Cuidados Paliativos:

- Afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, não a atrasando nem a acelerando;
- Têm como objetivo principal o bem-estar e a qualidade de vida do doente;
- Proporcionam alívio da dor e outros sintomas geradores de sofrimento;
- Promovem a abordagem holística do sofrimento do doente (físico, espiritual e psicossocial), sendo imprescindível um envolvimento multidisciplinar (médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, orientador espiritual);
- Proporcionam um sistema de suporte que ajude os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte;
- Centram-se nas necessidades do doente e sua família, prolongando-se pelo período de luto;



- São implementados o mais precocemente possível no curso da doença em conjugação com outras terapêuticas destinadas à cura ou prolongamento da vida (ex.: quimioterapia e radioterapia);
- Pretendem ser uma intervenção rigorosa no âmbito dos cuidados de saúde, com ações fundamentadas na evidência científica mais recente, e não um serviço à margem, bem como estar em estreita interação com os cuidados curativos;

Assim, assentam nos seguintes valores e princípios:

- Autonomia*, em que a pessoa é única, autónoma, pelo que os Cuidados Paliativos só devem ser prestados quando o doente e/ou família estiverem preparados para tal; o doente deve manter a sua autodeterminação com vista à tomada de decisão, nomeadamente, local de prestação de cuidados e opções terapêuticas;
- Dignidade*, os Cuidados Paliativos são prestados de uma forma respeitosa, aberta e sensível aos valores, crenças, cultura, religião, práticas e leis de cada área, região ou país;
- Relação médico-doente*, onde os profissionais de saúde devem manter uma relação colaborativa com os doentes e família, pois estes são importantes parceiros em todo o processo;
- *Qualidade de vida*, como objetivo central dos Cuidados Paliativos, visando alcançar o melhor índice possível, e posteriormente promover a sua manutenção;
- Posição face à vida e à morte*, no respeito pela inviolabilidade da vida humana;
- Comunicação*, em que boas capacidades de comunicação são pré-requisitos essenciais para a prestação de Cuidados Paliativos de qualidade; a comunicação refere-se à interação entre doente e profissionais de saúde, mas também entre doentes e seus familiares, assim como a comunicação entre os diversos profissionais e entre os diversos serviços envolvidos no cuidar.

Os Cuidados Paliativos devem ser prestados precocemente no curso de uma doença crónica e/ou grave a fim de maximizar a qualidade de vida do doente (Neto,

2016). O seu grande objetivo será prevenir sintomas indesejáveis, tratá-los adequadamente, diminuindo o sofrimento do doente e não o aumentando, no respeito inquestionável pela vida humana. A oferta de cuidados faz-se com base no tipo de necessidades do doente e não apenas no diagnóstico.

Os cuidados em fim de vida representam um desafio para os doentes e seus familiares e para o médico que também acompanha a família enlutada, bem como outros profissionais envolvidos (enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, secretários clínicos). Os Cuidados Paliativos, adotando a abordagem integral do doente, incorporando a família na sua estratégia, promovendo o princípio da autonomia e da dignidade da pessoa doente e remetendo para um cuidado personalizado e continuado, poderão instaurar-se como um recomeço de uma renovada forma de entender e praticar a medicina (Barbosa, 2003). Os Cuidados Paliativos atribuem assim um papel ativo tanto aos profissionais como aos doentes em fim de vida e suas famílias, esperando-se que ambos desenvolvam uma parceria para a realização de uma boa morte ou para a recuperação de perdas dela decorrente.

Apesar da visibilidade crescente dos Cuidados Paliativos ao longo das últimas décadas, ainda há grande resistência por parte dos profissionais em assimilar o conceito de morte e em aceitá-la como um fim de vida natural.

Apesar de ser transversal a todas as áreas da medicina, é nos Cuidados Paliativos que o trabalho do luto assume um papel crucial, uma vez que uma equipa multiprofissional tem a possibilidade de acompanhar o doente e a família e intervir antes da morte ocorrer, prevenindo lutos patológicos. Por outro lado, o facto do trabalho diário com o sofrimento do doente e suas famílias ser de enorme exigência emocional e ocorrer, devido a restrições temporais, sem grande possibilidade de reflexão e integração de cada caso, pode levar os profissionais de saúde a apresentarem vários síndromes individuais, comprometendo o acompanhamento adequado do doente e família. Estão descritos na literatura síndromes como tristeza; desamparo e ansiedade; sentimentos de frustração; perda e culpa após a morte do doente; exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional – *burnout* (Malash); fadiga de compaixão; fadiga física e

emocional; stresse traumático secundário; traumatização vicariante e sobrecarga de luto profissional.

Kissane (2000) definiu stresse existencial como o tumulto psicológico que os indivíduos podem experimentar quando confrontados com a morte eminente, que ameaça sob o ponto de vista físico, emocional, espiritual, relacional e religioso. Os indivíduos sujeitos a stresse existencial estão mais sujeitos a desenvolver sentimentos depressivos, desespero e desejo de morte.

Sanders e Valente (1994) descreveram um modelo de tarefas que abordava o processo de luto em enfermeiras que trabalhavam em Oncologia. O *Bereavement Task Model* pressupõe quatro tarefas ou fases que as enfermeiras experienciavam quando um doente falece: encontrar sentido, restaurar e manter a integridade, manter o afeto e realinhar as relações. Estes autores referiram que a profundidade com que cada enfermeira faz o seu processo de luto ao longo das tarefas dependeria do contexto da morte, do tipo de morte que o doente teve, se a enfermeira teve de cuidar de vários doentes que faleceram num curto período de tempo.

Segundo Twycross (2003) os profissionais de saúde de Cuidados Paliativos necessitam de ter os seguintes pré-requisitos de autocuidado de modo a prevenir estes sintomas: auto-estima, sentir-se amado, uma imagem corporal que o próprio aceite, imaginação, criatividade, humor, flexibilidade, compaixão, capacidade para aceitar erro e competências para corrigi-los, prontidão para aceitar desafios. Para Twycross, existem estratégias para ajudar a preservar a saúde emocional e física e evitar o *burnout*. São elas: trabalho de equipa (partilhar decisões e responsabilidades; apoio e respeito mútuos), boa comunicação dentro da equipa, recursos e serviços de apoio adequados, metas realistas, manter-se aberto para receber apoio dos doentes, folgas/alimentação/repouso adequados, tempo livre, restauração espiritual.

Papadatou (2009) desenvolveu a sua investigação em profissionais de saúde confrontados com a morte de crianças e identificou as suas respostas no luto. Segundo esta autora, os profissionais reconhecem fazer o luto dos doentes e as suas reações alternam entre a vivência e a evicção dos sentimentos. Estas flutuações são

consideradas adaptativas e fundamentais no trabalho de luto para que possam dar sentido à morte daquele doente e integrá-la na sua vida pessoal e profissional. As respostas podem ser a vários níveis: emocional (tristeza, desespero, angústia), cognitiva (sentimentos de culpa, orações, sonhos com o falecido), comportamental (choro, irritabilidade) ou física (dor, alteração no padrão de sono). Quando os profissionais de saúde reprimem o luto, surgem sentimentos como: embotamento afetivo, evitar interação com os familiares, desumanização do cuidar, excesso de trabalho como forma de evitar o contacto com sentimentos dolorosos. Papadatou descreveu ainda as variáveis que poderão interferir com o processo de luto: pessoais (idade, sexo, rede familiar de suporte, historia pessoal de perdas), situacionais (perda de alguém significativo, identificação com o falecido, perda de poder ou duvidar das competências profissionais, confrontação com a própria morte, questionar as crenças e valores pessoais, ameaça de uma futura perda como por exemplo de uma pessoa amada, reviver perdas ou traumas não resolvidos) e ambientais (abordagem dos profissionais vocacionada para a cura, o tipo de serviço onde trabalham, o contexto social e cultural).

Segundo Granek (2012) o “luto profissional” corresponde às várias dificuldades que os profissionais de saúde podem experienciar na elaboração de lutos referidos a perdas resultantes da sua atividade profissional. Este modelo de luto profissional parte dos seguintes pressupostos:

- Os profissionais de saúde poderão sofrer mais quando vivem a morte do doente como uma perda pessoal, apesar de não ocorrer em todos os casos.
- A angústia envolve uma oscilação entre o evitamento da perda e o contacto com o sofrimento, que poderá ter vários significados (perda de um relacionamento pessoal, fracasso no salvar a vida).
- Atribuição de significados pessoais à morte, ao morrer e aos cuidados através do processo de luto, de acordo com as intervenções de prevenir, controlar ou acompanhar.
- Os significados pessoais são influenciados pelos significados coletivos na partilha de experiências com colegas do trabalho.

- O processo de luto permite um crescimento pessoal do profissional.
- Quando exposto a lutos repetidos num curto espaço de tempo, pode não haver oscilação entre o contacto e evitamento da perda e proporcionar complicações no processo de luto.
- No processo de luto interferem várias variáveis: pessoais, socioculturais, formação, relacionadas com o trabalho e com a profissão, situacionais.

Gama (2013) no seu trabalho sobre sobrecarga de luto profissional em enfermeiros, encontrou quatro fatores favorecedores da sobrecarga do luto profissional:

- Confinamento atormentado: pensamentos frequentes do falecido, menos tempo para si e restrição da vida pessoal, sentimento de ter a vida presa e sem liberdade pelo peso da responsabilidade profissional.
- Esforço emocional: dor mental e dificuldades sentidas ao cuidar de doentes em fim de vida comparados com outro tipo de doentes.
- Perda nostálgica: sentimento de ausência, saudade e vazio relativo ao doente falecido.
- Partilha incompreendida: dificuldade/impossibilidade na validação dos sentimentos experienciados com familiares, amigos ou colegas.

Além destes há outros fatores que favorecem a sobrecarga dos profissionais no seu trabalho de luto:

- Desdramatização da morte.
- Pouco tempo despendido na elaboração das perdas, podendo resultar em *burnout*.
- Não utilizar formas individualizadas de se despedirem dos doentes.
- Não partilhar de forma atempada as responsabilidades na equipa.
- Não avaliar a influência das perdas pessoais no trabalho e vice-versa.
- Não se consciencializarem dos seus limites.

- Não refletirem as suas atitudes nem partilharem com a equipa.

A falta de apreensão e compreensão das emoções que a morte dos doentes provoca e a falta de tempo ou de espaço para elaborar essa perda podem trazer consequências no dia-a-dia dos profissionais.

Assim é fundamental que os profissionais que lidam com luto possuam certas características (Barbosa,2016):

- Capacidade de empatia.
- Capacidade de contenção emocional.
- Atitude e ideologias tolerantes.
- Capacidade de introspeção sobre as emoções e conflitos pessoais para que não sejam projetados na pessoa em sofrimento.
- Ausência de perturbações psiquiátricas graves nem de perturbações de personalidade.
- Compreender a sua motivação para ajudar os outros.
- Manter uma vida familiar, pessoal e social ativa.
- Possuir conhecimento dos processos de luto e das respostas e ritos sociais perante o luto.
- Ter feito a elaboração dos seus próprios lutos.
- Fazer reflexões individuais ou em grupo de modo a elaborar dúvidas, conflitos, ambivalências decorrentes do acompanhamento em que está envolvido.
- Ter experiência de vida suficiente para relativizar as suas experiências e crenças e as do enlutado.

Segundo estes autores, a elaboração conveniente do luto profissional vai permitir um melhor acompanhamento dos enlutados, beneficiando de um enriquecimento pessoal e profissional, ao longo da caminhada no processo de luto. Só desta forma se

poderá tirar partido da experiência única que é acompanhar o doente terminal e a sua família nesta viagem na busca de significado da sua vida e da sua morte, pois tal como Cicely Saunders dizia, o doente interessa por ser quem é e nós preocupamo-nos com ele até ao último momento da sua vida e tudo faremos para o ajudar a morrer tranquilamente, mas também a viver até morrer<sup>1</sup>.

## **2.3 Medicina Geral e Familiar**

### **2.3.1 A Medicina Geral e Familiar – história e missão**

A Medicina não é uma ciência exata e está em constante evolução face aos avanços tecnológicos, científicos e sociais.

Como tal, tem passado por numerosos períodos, desde os tempos áureos da antiguidade (no Egito, na antiga Grécia, no Império Romano), aos tempos mais austeros na Idade Média, até voltar a ter novo alento no Renascimento.

No Século XIX surge uma corrente mais humanista da medicina, personificada no célebre “João Semana”, em que o médico era alguém com aptidão técnica e humana para lidar com os “males” das pessoas.

Do final do século XIX até meados do século XX a Medicina modificou-se e centralizou a sua atividade no ambiente hospitalar, “especializando-se”, dirigindo-se para uma vertente mais biológica e menos humanizada.

Após a II Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como o estado de “pleno bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Na década de 60 surge a Clínica Geral, após uma série de transformações sociais, económicas e demográficas (migração para as cidades, envelhecimento das populações, aumento da esperança média de vida pela alteração dos padrões de morbilidade e mortalidade) em que a necessidade de prestação de cuidados a todos os

---

<sup>1</sup> “You matter because you are you and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die” *Cicely Saunders*

cidadãos estava ameaçada. Era necessário um sistema de saúde que, estando ao alcance de todos e descentralizado dos hospitais, prestasse cuidados de saúde, praticando uma Medicina centrada na pessoa utilizando uma abordagem globalizante, isto é, o modelo bio-psico-social.

Em 1972 é fundada a WONCA (Organização Mundial dos Médicos de Família).

Em 1974 o Grupo Leeuwenhorst define o perfil e os objetivos do Médico de Família “...um licenciado médico que presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, a famílias e a uma determinada população, independentemente da idade, sexo ou afeição. ... no consultório, no domicílio e, ... numa clínica ou hospital. .... Assumirá a gestão contínua dos problemas dos seus doentes com afeições crónicas, recorrentes ou terminais.”. Em 1986, estes objetivos são revistos no sentido de promover a Clínica Geral como uma disciplina do ensino pré-graduado.

Em 1975 a Diretiva do Conselho da Europa reconhece a necessidade de uma formação especializada para médicos de Clínica Geral e regulariza a compatibilização dos diplomas médicos dos países membros.

Em 1978, a Conferência da OMS, em Alma-Ata, surge com a definição de Cuidados de Saúde Primários como sendo: “cuidados de saúde essenciais baseados em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente fundamentados e socialmente aceites, tornadas universalmente acessíveis aos indivíduos e às famílias na comunidade através da sua participação máxima e com custos que a comunidade e o país possam suportar, em todas as fases do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Eles formam uma parte essencial tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. ...são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde para tão perto quanto possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo de cuidados de saúde continuados”.

No nosso país foi criado em 1981, o Instituto de Clínica Geral do Norte e, em 1982, foi publicado o Decreto-Lei 310/82 que criou a Carreira Médica de Clínica Geral. Nesse



mesmo ano surge o Instituto de Clínica Geral do Centro, em 1983 o Instituto de Clínica Geral da Zona Sul e é fundada a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG). Em 1999 aqueles Institutos foram extintos, nascendo o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Em 1987, foi introduzida a nova disciplina de Clínica Geral e Medicina Comunitária na Faculdade de Medicina de Lisboa, reconhecida pela Portaria n.º 952/87, de 21 de dezembro.

Em 2002, na tentativa de criar consenso sobre os conteúdos e competências da Medicina Geral e Familiar e do médico de família, a WONCA Europa publica a Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar como “disciplina académica e científica, bem como especialidade clínica orientada para os cuidados primários e com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência científica e atividades clínicas.” E em que os médicos de família são vistos como “... médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afeção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter... responsabilidade profissional pela comunidade. ... promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. ...”.

Os médicos de família reconhecem ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, integram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços.

Os médicos de família devem também responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura e efetiva de cuidados de saúde aos pacientes.

### **2.3.2 A consulta e a relação médico-doente**

A consulta é o ato fundamental da Medicina. Quer para o médico, quer para o utente, a consulta é o meio através do qual a medicina é praticada mais frequentemente. Cada consulta é parte de um padrão de acontecimentos em mudança constante para o médico e os utentes. Ela tem os seus antecedentes, princípio, meio, fim e as suas consequências. É descrita por alguns autores como a principal e a mais complexa atividade do médico de família e a relação médico-doente uma das principais armas terapêutica.

O médico de família, ao ter na relação médico-doente uma ferramenta fundamental do seu trabalho, a par do conhecimento técnico-científico, aprende e treina estratégias de comunicação e de empatia, de modo a melhor desempenhar o seu papel no acompanhamento dos utentes.

A comunicação adequada é uma estratégia terapêutica. O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente (Querido et al, 2016). Cerca de 75% da comunicação do médico é não-verbal (gestos, expressão facial, postura, olhar, tom de voz, paralinguagem) e por ela exprimem-se as emoções de forma mais genuína. Pode complementar ou reforçar a mensagem verbal ou torná-la menos credível, pelo que as duas devem ser congruentes.

A relação médico-doente é o núcleo central da Medicina Geral e Familiar (MGF). A eficácia da consulta vai depender da adesão do utente ao plano correto. A eficácia do médico repousa na sua capacidade para ajudar o utente a cuidar de si próprio. O bem-estar do utente depende da sua compreensão da saúde e todas estas variáveis estão inextricavelmente ligadas umas às outras. (Pendleton, 1993)

A MGF, tal como referido anteriormente, é por excelência a medicina da pessoa. Requer um saber lidar com a complexidade da condição humana, com um vasto leque de fatores que condicionam a dinâmica de saúde-doença de cada pessoa, de cada família. Implica o estudo da relação de cada indivíduo com o seu meio envolvente: contexto familiar, contextos ocupacional, sociocultural e comunitário. O método clínico centrado na pessoa procura estabelecer uma relação de mutualidade, como que desafiando a pessoa para uma espécie de jogo, em que lhe vai passando as cartas para a mão, ajudando-a a encontrar as próprias respostas. O utente deixa de ser expectador para passar a intervir nas decisões diagnósticas e terapêuticas.

O médico de família segue, não apenas uma pessoa, mas a família, e durante vários anos. Sendo esta um sistema dinâmico, a família e os seus elementos mudam ao longo do tempo: nascem, crescem e morrem.

Mas o médico de família tem emoções e nem sempre é fácil distanciar-se do sofrimento e da alegria do outro. O médico é uma pessoa com o seu contexto, as suas vivências únicas, com aspirações, com crenças, com emoções e sentimentos. Tem uma vida familiar e social, e deve procurar atingir o equilíbrio entre as obrigações para com os utentes, para com a sociedade, para com a sua família e consigo (Ramos, 2008).

O que se passa na consulta é profundamente influenciado pelos contextos sociais e culturais do médico e do paciente e também pela estrutura, organização e regras do sistema de saúde no qual ela decorre. Segundo Balint, os médicos são participantes mais ativos do que passivos na consulta, sendo fundamental reconhecer os seus sentimentos e os dos doentes, para estabelecer uma melhor relação terapêutica.

A *pessoa com sentimentos* não é apenas uma questão de competência profissional, mas também de identidade pessoal – os aspetos conscientes e inconscientes do papel que representa junto do doente. Existe um *eu pessoal* e um *eu profissional*, estando ambas implicadas tanto no que possa correr bem como no que possa correr mal. É através do *eu pessoal* que se estabelece contacto com os doentes. Uma boa relação médico-doente exige o envolvimento do *eu pessoal*, pois se tentar pôr de parte o *eu pessoal* os doentes ficarão privados da empatia e do calor que lhes permite

sentir que estão de facto a ser ouvidos e cuidados. Está amplamente reconhecido que boas capacidades de comunicação e uma efetiva relação médico-doente são essenciais para bons cuidados médicos (Ramos, 2008).

Ao mesmo tempo o médico deve proteger esse *eu pessoal* e estudar as defesas para tal, pois há conversas que parecem alterar o equilíbrio do médico e ser uma ameaça de exaustão emocional perante a possibilidade de uma torrente de desabafos. As emoções definem-se pela exteriorização corporal, são "visíveis". Os sentimentos são representações mentais, frequentemente associadas às emoções, mas "invisíveis". A linguagem verbal e não-verbal são ferramentas preciosas para compreender os sentimentos e emoções (Ramos, 2008). Responder adequadamente às emoções fortalece a aliança terapêutica e o médico não deve recear lidar com elas.

Os médicos reagem de forma diferente consoante as características dos seus doentes e muitas vezes as atitudes refletem outras previamente aprendidas. Podem até correr o risco de transferir sentimentos como a raiva, a irritação, a depressão para a consulta ou até serem projetados para o doente, se os médicos não souberem identificar esses sentimentos. Alguns médicos sentem dificuldade em mencionar determinados tópicos que possam provocar ira ou angústia aos doentes. Outros podem sentir dificuldade em lidar com a angústia emocional e evitam dar más notícias aos doentes ou abandonam a situação logo que possível, sem dar o apoio adequado. Os tópicos que o médico tem normalmente mais dificuldade em abordar são aqueles em que ele próprio já sentiu dificuldades ou que tenha experienciado. Os problemas e conflitos não resolvidos podem afetar a capacidade do médico para comunicar de forma adequada. Contudo, se estes problemas forem resolvidos, o médico terá uma maior perceção dos problemas do doente e fica mais sensibilizado para eles.

Apesar de ser evidente a importância da informação, da comunicação e do apoio emocional, os médicos têm sido criticados por negligenciarem esta área. Isto pode dever-se em parte à falta de formação em perícias de comunicação no *currículo* médico. Tem-se dito frequentemente que a única forma de os médicos suportarem o fardo da responsabilidade clínica e manterem a objetividade da tomada de decisão é distanciarem-se de consequências perturbadoras. A intervenção formativa em

competências de comunicação e relação vai permitir melhorar a satisfação profissional e reduzir o stresse laboral, melhorar a adesão dos doentes e familiares, permitir identificar os problemas do doente e família mais pertinentes (Barbosa, 2016).

### **2.3.3 O luto e o Médico de Família**

O luto pode tornar-se uma fonte de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, se for reconhecido, trabalhado e aceite (Andersen e Gauler, 2007). Como já foi referido anteriormente, o luto tem um processo próprio, com fases bem definidas, que é de primordial importância o médico conhecer, a fim de abordar um doente em fim de vida e sua família/cuidadores de forma segura e confiante de um desempenho técnico e ético corretos.

A perda faz parte da vida normal das pessoas e muitas passam-na de forma satisfatória sem intervenção de profissionais. É frequente que o médico de família mantenha o acompanhamento e vigilância regulares e venha intervir quando necessário. Quando não existe suporte familiar nem rede social o acompanhamento deverá ser mais regular pelo risco de luto patológico.

No entanto, para que não seja um fator destabilizador na altura da morte, o médico deve autoanalisar-se e reconhecer as suas crenças, as suas reações à morte, ao morrer e ao luto, assumir as suas perdas não resolvidas e tentar resolvê-las para que estas não dificultem a sua relação com a dor dos outros. Conhecendo o contexto cultural e social da morte e do morrer, fica mais capacitado para entender as questões éticas, filosóficas e sociais que complicam o processo de morte (Secondy, 1977).

Quando o médico está perante um doente a morrer ou que sofreu uma perda, tenta identificar-se com ele e isso aumenta o seu nível de ansiedade. Se a reconhecer pode compensá-la, mas se a ignorar ou se se mantiver inconsciente o resultado pode traduzir-se em comportamentos de fuga como eximir-se à responsabilidade, não permitir que o doente fale livremente, reagir com rudeza injustificada, assumir que o doente não quer saber, manifestar confiança despropositada ou até mentir.

O confronto com a morte pode ser vivido como um desafio, uma crise ou um acontecimento angustiante e stressante. O processo de morrer e a morte são experiências que vão acionar um conjunto de sensações, percepções, sentimentos, pensamentos e respostas que, na maioria das vezes, deixam marcas nos profissionais de saúde. A superação de uma crise depende de como os profissionais a percebem, depende do significado dado à perda. Assim, a morte de um doente pode ser extremamente penosa para um profissional ou equipa e para outro não, dependendo do vínculo emocional envolvido e da oportunidade de reflexão e de elaboração dessa experiência, o que permite ao profissional fazer circular informações e utilizá-la construtivamente para aprender a partir das suas experiências, abordar o seu sofrimento e fazer as alterações adequadas ao funcionamento da equipa.

É necessário pensar a morte uma vez que a vida e a morte coexistem mais ou menos pacificamente e os nossos melhores mestres poderão ser os moribundos que muitas vezes nos ensinam o essencial da vida (Kübler-Ross, 1969). De facto, a consciência aprofundada da morte e do processo de morrer pode ajudar os profissionais de saúde a viver de forma diferente, dando mais sentido à vida.

Todos os profissionais são mais ou menos vulneráveis face à perda e ao sofrimento. No entanto, muitas vezes sustentam a ilusão de invulnerabilidade, construindo limites rígidos à sua volta. Tornam-se impermeáveis às experiências dos outros, através de várias modalidades quer, posicionando-se de forma distante e muito formal nas suas interações, quer concentrando-se nas tarefas e metas tentando provar um cuidado profissional que resolve e controla tudo.

A morte nem sempre é bem aceite pelos profissionais, uma vez que se sentem vocacionados para curar e prolongar a vida e por outro lado nem sempre recebem formação adequada nem suficiente para lidar e acompanhar o doente em fim de vida e ajudarem a família no processo de luto. A forma como o médico vive a perda vai depender da forma como vivencia os seus próprios lutos e da relação que tinha com o falecido.

Queirós (1999) concluiu que, após a perda de um doente, médicos e enfermeiros necessitavam eles próprios de apoio para conseguir voltar a prestar cuidados a doentes em final de vida, devido ao processo de luto a que estavam sujeitos continuamente.

Segundo Foucault (2003), uma pessoa deve cuidar de si própria para depois poder cuidar dos outros. Para os profissionais de saúde, o conceito de “auto-cuidado” está definido como as atitudes adotadas de modo a promover o bem-estar (Sherman 2004), e tem sido associado à resiliência e à prevenção de *burnout*, enquanto que a sua ausência se associa ao síndrome designado de fadiga de compaixão. Há vários estudos na literatura que salientam a importância do auto-cuidado, estando também identificado por alguns autores como Doka (2014) que refere que a exposição à perda e ao sofrimento, um luto não expresso, constitui um risco para auto-cuidado. Doka sugere que há várias estratégias individuais para lidar com o luto, como: consciencialização, aceitação, partilha, vivência dos lutos pessoais. Quanto maior for a consciencialização da necessidade de autocuidado, melhor será a sua atitude perante a morte e melhores as estratégias de *coping* adotadas, melhorando também a satisfação e competência profissionais (Sansó, 2015).

Woolhouse et al num estudo fenomenológico publicado em 2012, acerca da *traumatização vicariante* e estratégias de *coping* nos médicos de família que trabalham com mulheres toxicodependentes, concluiu que os médicos assumiram como estratégias importantes o trabalho em equipa, a tomada de consciência dos seus limites e a gestão de expectativas realistas face ao estado de saúde e evolução de doença dos utentes.

Segundo Gama (2011, 2013) no seu trabalho em luto em enfermeiros de Cuidados Paliativos, o contacto com o doente moribundo vulnerável mobiliza também a vulnerabilidade dos enfermeiros perante o sofrimento, a perda e a finitude e questiona sobre o que é uma boa morte, promovendo a atribuição, paulatina ou brusca, de significados pessoais e profissionais ao sentido da vida. O contacto com doentes e familiares nestas circunstâncias cria condições de stresse profissional face à morte.

Também Pina (2012) mostrou que os enfermeiros que trabalhavam em Cuidados Paliativos experienciam sentimentos positivos (tranquilidade, paz, alívio, dever cumprido) e negativos (tristeza, revolta, perda frustração) e tentam criar estratégias de *coping* para se protegerem do sofrimento (através de um processo de introspeção, autorreflexão e aprendizagem) racionalizando a morte, partilhando com a equipa, exercendo atividades extralaborais e aproveitando o tempo com a sua família.

Leal (2005) realizou um estudo acerca do luto nos médicos de família e concluiu que a maioria dos médicos, apesar de não se sentir triste, não se sente confortável em lidar com pacientes enlutados e considera importante a sua ação sobre os pacientes enlutados, bem como o frequentar ações sobre luto.

Pouco se sabe acerca dos desafios existenciais a que os profissionais de saúde estão sujeitos quando lidam com doentes em fim de vida, e ainda menos nos médicos de família. Não existe na literatura evidência relativamente à forma como a comunicação e a relação médico doente pode ficar comprometida.

Depois da morte ter ocorrido, a família passa a ter um novo conjunto de necessidades. O médico acaba por ser por vezes alvo de ira e frustração. O médico deve saber que nessas alturas está a lidar com uma projeção de fortes emoções. Os familiares precisam de ajuda para manifestar os seus sentimentos com segurança e para saber como os conter se se tornarem impossíveis de controlar. A contínua proximidade de alguém que ouve e aguarda com eles e que ajuda a planear a próxima fase, contribui para manter a tensão dentro dos limites. O conhecimento do funcionamento familiar e das possíveis mudanças que ocorrem como consequência de uma morte são essenciais não só do ponto de vista do próprio paciente como também dos familiares, com o objetivo de neutralizar possíveis disfunções durante a fase terminal da vida e após o falecimento.



### 3. RELEVÂNCIA E OBJETIVOS DO ESTUDO

Conforme foi referido no capítulo anterior, o luto é uma resposta natural, adaptativa e necessária a uma perda.

A visibilidade crescente dos Cuidados Paliativos nos últimos anos veio sensibilizar os profissionais para esta temática. Os cuidados em fim de vida representam um desafio para os doentes e seus familiares e para o médico que também acompanha a família enlutada. O trabalho diário com o sofrimento do doente e suas famílias é de tal forma intenso e com tão pouco tempo para refletir e digerir cada caso, que pode levar os profissionais de saúde a apresentarem várias síndromes individuais, comprometendo o acompanhamento adequado do doente e família.

Os médicos de família seguem os utentes desde o nascimento à morte, são responsáveis por ações paliativas aos seus doentes em fim de vida e pelo acompanhamento das famílias ao longo das várias fases do ciclo de vida. A vivência do luto dos médicos de família pelos seus doentes é pouco conhecida bem como as repercussões que esses sentimentos têm no acompanhamento dos familiares enlutados que os médicos de família continuam a seguir.

Há na literatura alguns estudos acerca do luto profissional em enfermeiros, mas muito poucos em médicos e ainda menos em médicos de família. Também não existe na literatura evidência relativamente à forma como a comunicação e a relação médico-doente pode ficar comprometida com a vivência do luto pelo médico de família.

Face ao estado da arte, é importante identificar os sentimentos dos médicos de família perante a morte de um utente e como essa vivência poderá interferir na relação médico doente com a família enlutada.

Também abordaremos a importância da existência de formação nesta área.

Assim, os objetivos gerais deste trabalho são:

- Conhecer a vivência do luto dos médicos de família pela morte dos seus utentes.
- Analisar o impacto da vivência do luto na relação médico-doente com os familiares enlutados.

Os objetivos específicos são:

- Identificar a forma de conhecimento dos médicos de família da notícia de falecimento dos seus utentes.
- Identificar os sentimentos dos médicos de família quando recebem a notícia de falecimento de um utente.
- Identificar as atitudes dos médicos de família para com os familiares enlutados.
- Determinar o nível de formação dos médicos de família em Cuidados Paliativos e luto.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Questões de investigação**

Formulámos as seguintes questões de investigação de modo a orientar os passos a desenvolver no estudo:

- 1) Como é que os médicos de família vivem o luto dos seus doentes?
- 2) Será que essa vivência interfere com a relação médico-doente com os familiares enlutados?

### **4.2 Escolha da metodologia**

A fim de responder às questões de investigação, delineou-se um estudo qualitativo, de carácter descritivo e exploratório pois pretende-se evidenciar a diversidade dos sentimentos na primeira pessoa, pretende-se a compreensão de um fenómeno social em estudo a partir da perspectiva do ator.

Descritivo, na medida em que “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a esclarecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Fortin, 1996).

Exploratório, uma vez que sobre o tema não existem muitos estudos efetuados, e tal como refere Quivy (1995) “as pesquisas exploratórias têm como função principal revelar determinados aspetos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras”.

Os objetivos do estudo remeteram para uma abordagem qualitativa pois os métodos utilizados neste tipo de pesquisa ajudam os investigadores a obter conhecimentos profundos e detalhados das opiniões, permitem espreitar pelos espaços entre os factos conhecidos e encontrar respostas para perguntas que começam por porquê e como, em vez de quantos e o quê, atribuiu a importância ao saber e à experiência das pessoas selecionadas para o estudo (Fortin, 1996). A metodologia qualitativa proporciona um modo de investigar o sentido e a mudança das complexas interações humanas. A investigação qualitativa é importante para o estudo das relações sociais dada a pluralidade dos universos de vida (Flick, 2002). Esta pluralidade exige

uma sensibilidade para o estudo empírico das questões, exige narrativas limitadas no tempo, no espaço e na situação. Face à multiplicidade dos estilos de vida e dos padrões de interpretação na sociedade moderna e pós-moderna, ganha hoje nova importância e novas aplicações a frase de Herbert Blumer: "A posição de partida do cientista social e do psicólogo é sempre a mesma, na prática: a falta de familiaridade com o que está a acontecer na dimensão da vida escolhida para o estudo."

A investigação recorre a estratégias indutivas em vez de partir de teorias para o teste empírico, o que se exige são "conceitos sensibilizadores" para abordar os contextos sociais que se querem estudar. Estes conceitos sensibilizadores são influenciados pelo conhecimento teórico existente. Mas neste caso as teorias resultam dos estudos empíricos. O conhecimento e a prática são estudados na qualidade de conhecimento e práticas locais (Flick, 2002). A análise qualitativa é válida na elaboração de deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de inferência precisa. Funda-se na frequência de aparição de determinados elementos da mensagem (Bardin, 1977).

As ideias centrais orientadoras da investigação qualitativa são diferentes das da investigação quantitativa. Os traços essenciais são:

- A correta escolha de métodos e teorias apropriadas - o objeto a estudar é o fator determinante na escolha do método. O objeto não é reduzido a uma simples variável, mas sim estudado na sua complexidade e inteireza, integrado no seu contexto quotidiano. Os campos de estudo não são situações artificiais de laboratório, mas interações e práticas dos sujeitos na vida quotidiana. Mais do que testar teorias já bem conhecidas, o objetivo da investigação é descobrir teorias novas, empiricamente enraizadas. A validade do estudo é estabelecida com referência ao objeto estudado, não obedecendo exclusivamente a critérios académicos abstratos. Em vez disso, a investigação qualitativa tem como critérios centrais a fundamentação dos resultados obtidos no material empírico, e uma escolha e aplicação de métodos adequados ao objeto de estudo.

- As perspetivas dos participantes na sua diversidade - parte dos significados individuais e sociais do objeto, e evidencia a diversidade das perspetivas sobre ele (do paciente,

dos familiares e dos técnicos); estuda as práticas e o saber dos participantes; e analisa as interações sobre a doença e os modelos a enfrentar num determinado espaço. A investigação qualitativa considera que existem no campo pontos de vista e práticas diferentes, devidas a diferentes perspetivas dos sujeitos e dos enquadramentos sociais.

- A reflexão do investigador sobre o estudo como parte do processo de produção do saber - os métodos qualitativos encaram a interação do investigador com o campo e os seus membros como parte explícita da produção do saber, em lugar de a excluírem a todo o custo, como variável interveniente. A subjetividade do investigador e dos sujeitos estudados faz parte do processo de investigação. As reflexões do investigador sobre as suas ações e observações no terreno, as suas impressões, irritações, sentimentos, etc, constituem dados de pleno direito, fazendo parte da interpretação e ficando documentados no diário da investigação e nos protocolos do contexto.

- A variedade dos métodos e perspetivas - A investigação qualitativa não se baseia numa conceção teórica e metodológica unitária. A sua prática e as suas análises são caracterizadas por diversas abordagens teóricas e respetivos métodos. As opiniões de cada sujeito são o ponto partida; uma segunda linha de investigação estuda a construção e desenvolvimento das interações; a terceira linha procura reconstruir as estruturas do espaço social e o significado latente das práticas.

Ora, sendo o objetivo geral do estudo conhecer a vivência do luto dos médicos de família pela morte dos seus utentes mas também, como objetivo específico, analisar o impacto que os sentimentos dos médicos de família têm na relação médico-doente com os familiares enlutados, faz todo o sentido este tipo de estudo.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação qualitativa que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Guerra, 2006). O interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (Flick, 2002). Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade.

A análise categorial, o método das categorias segundo Bardin, permite a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem, ou seja, clarifica os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem na confusão inicial (Bardin, 1977). Portanto, decidimos a utilização deste método de análise de conteúdo para este trabalho.

### **4.3 Apresentação e aprovação do protocolo do estudo**

O protocolo do estudo foi apresentado na Faculdade de Medicina de Lisboa em sessão pública (durante o ano curricular do Mestrado), na presença do orientador e Coordenador do XIII Mestrado em Cuidados Paliativos, Professor Doutor António Barbosa.

Foi posteriormente encaminhado para apreciação da Comissão de Avaliação dos Mestrados e para a aprovação pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa (Anexo 1). Foi pedido permissão de realização do projeto à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte (Anexo 2), que foi concedida a 6 de junho de 2017.

O projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Investigação Clínica da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), tendo-se obtido parecer favorável da mesma (Anexo 4).

O projeto de investigação foi apresentado e solicitada autorização de implementação às Coordenadoras da Unidade de Saúde Familiar (USF) Monte Pedral (Anexo 6), da USF Oriente (Anexo 7) e ao Presidente do Conselho Clínico do Agrupamento dos Centros de Saúde de Lisboa Central (Anexo 5).

### **4.4 População e amostra**

#### **4.4.1 Área geográfica das USF**

As Unidades de Saúde Familiar (USF) Monte Pedral e Oriente fazem parte da ARSLVT, pertencendo ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central.



A área de influência da USF Monte Pedral e Oriente englobam as freguesias da Penha de França, Beato e São Vicente que correspondem às antigas freguesias de São João, Beato e Santa Engrácia. Segundo os Censos de 2011, realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), a área de influência da USF apresenta uma população residente de 32 865 indivíduos e 15 672 famílias.

**Figura 1. Área de influência das USF**

À data dos últimos censos, a freguesia de São João tinha uma área de 151 hectares e uma população residente de 15187 habitantes, distribuídos por 7233 famílias. A freguesia do Beato é uma das mais antigas da cidade de Lisboa e apresenta uma superfície de 143 hectares, 12429 habitantes residentes e 5759 famílias. A freguesia de Santa Engrácia, cuja origem remonta ao século XVI, apresentava uma área de 59 hectares e tinha uma população residente de 5249 habitantes e 2680 famílias. (INE, Censos 2011).

Como referido anteriormente, a área de influência é constituída por 15 672 famílias, das quais 9 são famílias institucionais (oito em São João e uma no Beato).

Relativamente ao número de elementos por família, verifica-se que 37.9% são unipessoais, 33.7% constituídas por 2 elementos e 16.7% por três elementos. A proporção de famílias clássicas unipessoais de indivíduos com  $\geq 65$  anos é de 16.9% no Beato e de 17.6% em São João e Santa Engrácia

No que respeita ao tipo de núcleo familiar, a área de influência da USF apresenta 1051 núcleos reconstituídos (11.08%) e 2006 núcleos familiares monoparentais (21.14%), dos quais 85.5% são constituídos por “mãe com filhos”.

#### 4.4.2 População Inscrita

À data de 31 de dezembro de 2016, a USF Monte Pedral contava com 13527 utentes inscritos e na USF Oriente estavam inscritos 14503 utentes (Fonte: SIARS).

**Tabela 1 – Utentes inscritos nas USF Oriente e USF Monte Pedral distribuídos por sexo e idade (Fonte SIARS)**

Grupo Etário	USF Oriente			USF Monte Pedral		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0-4 anos	350	309	659	270	262	532
5-9 anos	348	312	660	336	348	684
10-14 anos	316	314	630	317	318	635
15-19 anos	297	315	612	320	319	639
20-24 anos	305	316	621	280	300	580
25-29 anos	332	362	694	299	339	638
30-34 anos	381	469	850	346	422	768
35-39 anos	429	531	960	406	484	890
40-44 anos	501	566	1.067	405	531	936
45-49 anos	427	502	929	375	504	879
50-54 anos	422	510	932	393	463	856
55-59 anos	394	487	881	363	425	788
60-64 anos	389	481	870	360	440	800
65-69 anos	420	549	969	346	504	850
70-74 anos	383	545	928	369	503	872
75-79 anos	298	513	811	339	526	865
80-84 anos	241	503	744	261	453	714
>=85 anos	168	518	686	182	419	601
<b>Total</b>	<b>6.401</b>	<b>8.102</b>	<b>14.503</b>	<b>5.967</b>	<b>7.560</b>	<b>13.527</b>

A avaliação da distribuição etária dos utentes inscritos permite aferir que o grupo funcional mais prevalente é o da população dos 15-64 anos (57,7%), seguida da população idosa (28,7%) e, por último, da população jovem (apenas 13,5%). No entanto, ao analisar a distribuição por grupos etários, é evidente o número de utentes inscritos com idade  $\geq 75$  anos ( $n= 4421$ ; 15,7%). No que respeita ao género, 55,8% dos utentes são do sexo feminino e 44,2% do sexo masculino. (Fonte: SIARS)

O Índice de dependência total é de 73,1. No que concerne ao Índice de dependência dos idosos e dos jovens, importa realçar que por cada 100 utentes da população ativa, existem 49.6 utentes com  $\geq 65$  anos e 23,5 com  $<15$  anos.



O índice de envelhecimento é bastante elevado 211,5.

Em suma, estamos perante uma área com muitos utentes idosos e muito idosos e que residem maioritariamente sozinhos, o que pode contribuir para um maior isolamento social, dificuldade no cumprimento de autocuidados (como alimentação, higiene) e consequente agravamento dos problemas de saúde.

#### **4.4.3 Amostra**

Na USF Monte Pedral trabalham 8 médicos com idades compreendidas entre os 30 e os 62 anos, sendo 3 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Os médicos estão na USF desde 2009, altura do início de atividade da mesma.

A equipa médica da USF Oriente é composta por 7 médicos com idades compreendidas entre 30 e os 63 anos sendo 4 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A USF está a funcionar desde 2012.

Os participantes do estudo foram cinco médicos da USF Oriente e seis da USF Monte Pedral.

Relativamente à escolha da amostra, foi uma amostra de conveniência pela proximidade entre as duas USF e por servirem as mesmas freguesias, apresentando por isso listas de utentes com características muito semelhantes. Além do mais são contextos de utentes idosos e muito idosos, com um índice de envelhecimento elevado e com um número igualmente elevado de famílias na fase VIII do ciclo de Duvall e unitárias.

#### **4.5 Instrumento de colheita de dados**

O instrumento de colheita de dados utilizado nesta investigação foi a entrevista, pois a perspectiva qualitativa da abordagem do tema implicava o recurso a uma técnica de informação aberta (Fortin,1996). Segundo Fortin (1996) este método é frequentemente utilizado nos estudos descritivos e exploratórios. A entrevista é um modo

particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas (Fortin, 1996).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, audiogravadas. A primeira parte da mesma compunha-se da leitura e assinatura do consentimento informado (Anexo 8) e do preenchimento de um questionário com os dados demográficos do médico entrevistado (Anexo 9). A segunda parte compunha-se de um guião composto por perguntas abertas, com o objetivo de explorar os sentimentos do médico de família e os seus pensamentos a fim de poder responder aos objetivos do estudo (Anexo 10). O guião foi elaborado tendo por base a pesquisa bibliográfica realizada. Na tentativa de clarificar as respostas dadas, sempre que necessário foram dadas mais questões além das do guião, como por exemplo:

- *O que é que tu fazes de diferente?*
- *Qual o teu receio? Que te culpem de alguma coisa?*
- *Lidar com o familiar é o quê?*
- *Não sente à vontade para falar no assunto? Porquê?*
- *E “custar” é o quê?*

Pretendendo um maior rigor, clareza, validade e funcionalidade do guião de entrevista, este foi previamente aplicado sob a forma de pré-teste a dois médicos da USF Monte Pedral (um médico especialista e um médico interno). Após a realização, transcrição e análise dos respetivos pré-testes, foram acrescentadas três questões ao questionário inicial, por se ter percebido que iriam permitir responder de forma mais adequada aos objetivos do estudo. O médico que participou no pré-teste, foi escolhido para integrar o estudo, tendo-lhe sido feito posteriormente as questões que foram adicionadas.

#### **4.6 Procedimento**

As entrevistas foram realizadas nos meses de maio e junho de 2017, no local de trabalho dos médicos, em horários combinados e aceites por ambas as partes, num ambiente calmo, não se tendo verificado interrupções significativas durante a sua realização. As entrevistas tiveram entre os 13 e os 46 minutos de duração.

A primeira parte do questionário foi preenchida no momento imediato que antecedeu a realização de cada uma das entrevistas. As entrevistas gravadas (segunda parte do questionário) foram transcritas na íntegra (Anexo 12 e 13).

#### **4.7 Limitações da metodologia da colheita de dados**

Como limitação ao estudo, apresento o facto de o entrevistador conhecer pessoalmente e profissionalmente os médicos entrevistados, uma vez que trabalham no mesmo local, e como tal, poder ter constrangido algum colega nas suas respostas.

Ao fim de 11 entrevistas não pareceu necessário continuar a recolha de dados pois já se tinha atingido a saturação de dados, ou seja, os dados que foram recolhidos não traziam mais informações novas ou diferentes quanto ao objetivo da pesquisa.

#### **4.8 Tratamento e análise de dados**

Neste trabalho, a análise dos dados iniciou-se aquando a colheita dos mesmos, uma vez que, à medida que se iam realizando as entrevistas, o investigador ouviu-as cuidadosamente com o intuito de descobrir os significados. Assim, para proceder à análise de conteúdo foram efetuados os seguintes passos (Bardin, 1977):

- Pré-análise: delimitar os objetivos orientadores da pesquisa e constituir o *corpus* de análise
- Exploração do material: definiram-se as categorias, sub-categorias e as unidades de registo
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase de pré-análise, foram delimitados os objetivos do estudo. Seguidamente, após a transcrição completa das onze entrevistas, foi construído o *corpus* da análise que decorreu após a leitura flutuante das mesmas, retirando o que não dizia respeito aos objetivos geral do estudo.

Foram realizadas leituras atentas e releituras de modo a proceder à análise categorial. Foram sublinhadas frases e palavras consideradas chave, referentes a cada categoria. Após emergirem as categorias, foram identificadas as sub-categorias, e após estas, procedeu-se ao recorte das unidades de registo, segundo Bardin, e contabilidade de frequências: as frases e palavras-chave começaram a ser organizadas e incorporadas em conceitos similares de unidades de registo. A organização das unidades de registo nas sub-categorias veio facilitar a exposição, análise e interpretação dos resultados obtidos. Foram realizados quadros esquemáticos onde estão organizadas por categoria e sub-categoria, a unidade de registo e a frequência com que cada uma aparece ou é referida no *corpus* da análise. E dado que pode evidenciar um certo destaque/importância dada a algumas das unidades de registo pelos entrevistados, pelo número de vezes que estas surgem ao longo das entrevistas.

No decorrer deste processo definiu-se um código para apresentação das expressões mais significativas, bem como para salvaguardar o anonimato dos entrevistados:

- As pausas (silêncio) dos entrevistados durante o discurso foram identificadas com três pontos;
- Utilizaram-se três pontos entre parêntesis (), para identificar todos os excertos de discurso sem interesse para análise;
- Todos os comentários, fruto da observação da investigadora, foram colocados entre parêntesis retos [].
- Cada questionário e respetivas folhas de consentimento informado, foram identificadas (aquando da sua aplicação) com a letra V e o número referente à ordem cronológica de realização da entrevista. Foi a partir desta identificação que os dados foram

posteriormente trabalhados, identificados e citados sempre que necessário (mantendo a confidencialidade e o anonimato dos participantes).

A validação da categorização e do seu significado foi realizada segundo o método de juízes, tendo sido constituída como juiz, o professor orientador do trabalho.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Caracterização demográfica da amostra

No Quadro III estão representados os dados demográficos da amostra. Esta é composta por 11 médicos, a maioria do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos. Todos são especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF). Apenas um dos médicos teve formação em luto por ter Formação Avançada em Cuidados Paliativos.

**Quadro III. Caracterização da amostra**

Sexo	Feminino	7
	Masculino	4
Idade	<30	-
	30-39	8
	40-49	-
	50-59	1
	>60	2
Anos de serviço	<10	6
	10-19	2
	20-19	-
	>30	3
Anos com a lista de utentes	<5	7
	5-9	3
	10-14	1
	15-19	-
	>20	-
USF	Monte Pedral	6
	Oriente	5

Legenda: USF – Unidade de Saúde Familiar

Os três médicos com mais de 50 anos exerceram funções noutras unidades de saúde da ARSLVT antes de integrarem as equipas atuais da USF Monte Pedral e Oriente

(aquando da sua formação em 2009 e 2012 respetivamente). Todos os outros médicos estão a trabalhar na USF após a conclusão da sua formação específica em MGF.

## 5.2 Respostas às Questões do guião

No decorrer desta secção serão apresentados os dados resultantes da análise das entrevistas realizadas.

A apresentação dos resultados será efetuada de acordo com a ordem de sequência das questões colocadas durante a entrevista. Os resultados serão apresentados em quadros onde estão evidenciadas as categorias, sub-categorias e unidades de registo com a sua frequência (que se refere ao número de vezes que são mencionadas no *corpus* de análise).

### 5.2.1 Formas de informação do óbito

Relativamente à primeira questão do guião - Como/de que forma/por intermédio de quem tomou conhecimento da morte dos utentes falecidos pertencentes à sua lista? - a forma mais frequente pela qual todos os médicos sabem que os utentes faleceram é através dos familiares e isso é referido 15 vezes no *corpus* de análise.

**Quadro IV. Formas de conhecimento da morte dos utentes**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Formas de informação do óbito	Pelos familiares	Verbal – telefone ou presencial	14	V01, V02, V03, V04, V05, V06, V07, V08, V09, V10, V11
		Não verbal – vestir preto	1	V10
	Por outros profissionais	Enfermeiro de família	2	V06, V07, V10
		Médicos	2	V04
		Medicine One	2	V01
	Sistema informático	Sclinico	2	V04, V06, V09, V10
		PDS	5	V01, V06, V03, V09
		Alert	1	V02

Quatro dos médicos entrevistados referem também ter tido conhecimento do falecimento dos utentes por meio de outros profissionais da equipa com quem trabalham.

Sete médicos referem que os sistemas informáticos com que trabalham sinalizam automaticamente os doentes falecidos, o que lhes permite pesquisar o processo clínico da USF e/ou hospitalar (quando este existe).

### **5.2.2. Impacto do falecimento do utente no médico de família: reações vivenciais do médico de família**

#### **5.2.2.1 Reações vivenciais com a notícia do falecimento do utente**

Analisando o *corpus* de análise, na resposta à questão - *Como vive habitualmente a morte de um utente e que sentimentos experiencia?* - sobressaem dois temas distintos onde os médicos referem sentimentos diferentes de acordo com cada uma dessas categorias:

- reações vivenciais perante uma morte expectável (Quadro V),
- reações vivenciais perante uma morte não expectável (Quadro VI).



**Quadro V. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte expectável**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Reações vivenciais do MF	Positivas	Aceitação	24	V01, V02, V03, V04, V05, V06, V07, V08, V09, V11
		Empatia com a família	7	V03, V08, V09, V10
		Recordar	5	V01, V09
		Alívio pelo fim do sofrimento	3	V06, V07, V10
		Satisfação (pelo reconhecimento dos familiares)	1	V04
	Negativas	Tristeza	17	V02, V03, V04, V05, V06, V08, V09, V10
		Isolamento	9	V04, V05, V06 V07
		Incerteza (má prática?)	7	V01, V05, V07
		Culpa por sentir alívio	3	V07
		Indiferença	3	V09, V11
		Melancólica	1	V10
		Angústia	1	V07
		Introspeção	2	V09
		Medo	1	V07
		Perda	1	V01
		Vazio	1	V08
		Esquecer (evitar)	1	V02

Perante uma morte expectável, são referidos pelos médicos **reações vivenciais** que podemos categorizar de **positivas** como aceitação, empatia com os familiares, recordar o falecido e o alívio pelo fim do sofrimento do utente. Um médico referiu sentir satisfação ao ver o seu trabalho reconhecido pelos familiares.

A reação vivencial positiva mais referida pela maioria dos médicos (10), e aparecendo no texto 24 vezes, é a aceitação sendo verbalizado da seguinte forma:

*"Aceito a morte como um ato natural (...) A morte é inevitável, faça o que fizer."* V01

*"(...) já estou à espera e não me custa muito (...) "* V02

*"(...) é um processo normal e que tem de ser vivido quer por nós quer pela pessoa...não sou uma ave rara que sente mais que os outros ou sente menos que os outros. É ser benévolo connosco e com os outros (...)" V03*

*"(...) aquela ideia que eu tenho é que chega a hora deles e a gente não pode fazer nada...faz parte do ciclo da vida (...)" V05*

*"(...) sinto que é um ato natural (...) Aconteceu, fazia parte do percurso da vida e aceito normalmente(...)" V11*

Logo a seguir, aparece a empatia para com a família e o seu sofrimento (referido sete vezes no *corpus* de análise) não tanto como sentimento mas como um comportamento, uma atitude de compreensão do sofrimento dos familiares enlutados.

*"(...) talvez mais empatia pelos familiares (...) empatia que sinto em relação a eles (...)" V03*

*"(...) sofro com a família na verdade, empatizo imenso com a família, acho que é super complicado superar a perda de um ente querido (...)" V06*

*" (...)claro que sinto, sinto o luto dos familiares, a velhota coitadinha morreu-lhe o marido, obviamente que crias ali aquela ligação com ela e empatizas com a perda que ela está a sofrer(...)" V09*

Dois médicos referem recordar o doente falecido:

*"(...) lembro-me dele (...) uma semana depois recordo algumas coisas (...) terei sempre algumas conversas com esses familiares e que me fazem também recordar mais o trajeto do falecido(...)" V01*

*"(...) as consultas que fiz a seguir (...) só depois de terminar o tempo de consulta é que consegui interiorizar e recordar um bocadinho a questão (...)" V09*

Aparecem depois, com menos expressão, as seguintes unidades de registo: sentimentos de alívio pelo sofrimento do doente ter terminado:

*"(...) fico aliviada(...)" V07*

*"(...) alívio, porque finalmente aquele sofrimento chegou ao fim e pronto porque sentia que a pessoa não estava já bem, não estava nas suas funções (...)" V10*

Um dos médicos refere sentir satisfação pelo reconhecimento expresso pelos familiares enlutados, pelo trabalho desempenhado no acompanhamento do falecido. Sentimento de validação de ter cumprido o seu trabalho e que os familiares o reconheceram como tal.

*"(...) senti alguma gratificação por ver que ao fim de tão pouco tempo os familiares me procuravam para os ajudar a lidar com a situação do luto deles (...)" V04*

As **reações vivenciais negativas** da família da tristeza mais referidas no *corpus* de análise são: tristeza (17), melancolia, introspeção (2), isolamento (9), angústia, vazio e perda. Aparecem também da família do medo e da vergonha (culpa).

A tristeza é verbalizada da seguinte forma:

*"(...) fico triste (...)" V02*

*"(...) obviamente que senti o pesar da perda do doente e sobretudo dos familiares (...)" V04*

*"(...) tristeza...sim, sim, tristeza. Principalmente tristeza (...)" V05*

*"(...) fico um bocado triste, triste acho que é a expressão...fico triste porque a pessoa morreu...se calhar eles notam que estou triste e sofro com eles (...)" V06*

*"(...) se é esperado, é uma evolução esperada, não fico surpreendida, é claro que fico sempre de certa forma, triste (...)" V08*

*"(...) também me sinto triste, (...) um pouco melancólica porque chegou ao fim aquele ciclo de vida e deixa-me triste (...)" V10*

Alguns médicos referem que se isolam e distanciam. Experimentam sentimentos vários como medo, angústia, sensação de perda e vazio.

*"(...) sinto sempre alguma perda em relação àquele doente (...)" V01*

*“(...) custa e vou para casa um bocadinho a pensar nisso (...) interpreto muitas vezes como um falhanço (...) Não é uma coisa que esqueça logo, não. Fico ali uns dias (...)”*  
V05

A incerteza surge no *corpus* referida por 4 médicos e explicada como a necessidade de rever o processo clínico do doente e o questionamento da prática clínica.

*“(...) vou rever algumas coisas que tinha escrito no processo do doente (...)”* V01

*“(...) interpreto muitas vezes também como falhanço da minha parte (...) fico sempre com aquele sentimento: será que poderia ter feito mais alguma coisa, será que me escapou alguma coisa (...) muitas vezes penso nisso...”* V05

*“(...) há um sentimento que poderia ter feito algo mais mesmo que não saiba o quê, podia ter feito diferente (...)”* V07

*“(...) tive a sensação de: fiz tudo o que devia ter feito ou foi algo que eu falhei e que podia ter feito melhor para que impedisse o desfecho? (...) ali no momento vou verificar tudo, tudo, tudo para ter a certeza que não falhei ou pelo menos que minimizei o que devia ter minimizado (...)”* V10

O médico (V07) que refere sentir culpa por experienciar o alívio pelo fim do sofrimento do doente, verbaliza da seguinte forma:

*“(...) até fico com alguma culpa por estar a sentir o que estou a sentir (...) quando são doentes que já não estão a viver uma vida que eu acho que já não é muito digna, que já estão acamados (...) estão dependentes para tudo (...) fico aliviada, sei que não se deve (...)”* V07

O mesmo médico refere sentir medo, angústia e necessidade de se distanciar dos familiares enlutados.

Dois médicos referem ficar indiferentes.

*“(...) acabei por receber esta notícia quase um pouco indiferentemente (...)”* V09

*“(...) não sinto nenhum choque, não sinto nada de especial (...)”* V11

Um dos médicos refere esquecer-se rapidamente e verbaliza da seguinte forma:

*"As coisas desagradáveis, esqueço-me." V02*

A outra categoria identificada nas respostas a esta questão do guião está expressa no Quadro VI.

**Quadro VI. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte não expectável**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Reações vivenciais do MF	Positivas	Empatia pela família	7	V02, V03, V05, V06, V11
		Satisfação (pelo reconhecimento dos familiares)	1	V10
		Aceitação	1	V01
	Negativas	Incerteza (má prática/ medo de falhar/ rever processo)	25	V05, V06, V07, V08, V10, V11
		Surpresa	16	V01, V03, V04, V05, V06, V08, V09, V10
		Tristeza	8	V02, V03, V06, V11
		Choque	8	V02, V04, V05, V07, V09, V10
		Angústia	5	V02
		Introspeção	4	V03, V06, V08, V11
		Negação	4	V05, V07, V10
		Impotência	2	V02, V05
		Transtornada	2	V02
		Pena	2	V02, V11
		Indiferença	1	V09
		Encolhida/retraída/embaraço	1	V10
		Isolamento	1	V06
		Vazio	1	V08
		Perda	1	V10

Perante uma morte não expectável os médicos experienciaram também sentimentos positivos e negativos, estando estes referidos em maior frequência no *corpus* de análise.

No caso da subcategoria **reações vivenciais positivas**, a mais referida é a empatia com os familiares (aparecendo referida 7 vezes no *corpus* de análise):

*"(...) andei a pensar no que seria daquela família e no que as pessoas estavam a sentir (...) aquilo que sinto é alguma simpatia (...)"* V02

*"(...) sinto empatia pelos familiares (...)" V03*

*"(...) estava a vivenciar um pouco a dor dele, porque também tenho três filhas (...)" V05*

*"...achei que ele [marido viúvo] ia sofrer imenso e senti que ele estava, o mundo dele estava a desabar...o que senti foi isso, quer dizer, o senhor está mesmo a precisar de ajuda, tanto que o seguimos de forma muito regrada...no fundo quase que enlutei pelo senhor e não pela senhora porque senti que o senhor ficou mesmo descompensado..." V06*

Um dos médicos refere aceitar o falecimento mesmo que inesperado:

*"(...) aprendi muito este aspeto de tentar não interferir muito, aceitar a morte...é um processo que durou algum tempo e eu se calhar há 20 ou 30 anos não tinha esta maneira de lidar com a morte. Era mais emotivo (...) Aceito a morte como um ato natural, um processo que tem de ser feito, um caminho que é feito e termina ali (...)" V01*

Outro refere sentir como positivo o **reconhecimento** dos familiares:

*"(...) ao mesmo tempo fico feliz porque se vieram ter comigo é porque confiam em mim e têm consideração eu ter acompanhado aquela pessoa." V10*

As **reações vivenciais negativas** ligadas à incerteza aparecem 25 vezes no corpus de análise e são referidas como: medo de falhar (4 vezes), rever processo clínico (6 vezes) e o questionamento acerca das competências do médico e se a prática médica foi a correta ou não (15 vezes).

*"(...) penso muitas vezes se realmente fiz, e houve alguma coisa que me escapou ou não e que podia ter feito melhor e que poderia ter evitado que o doente tivesse falecido (...) aquele pensamento de será que poderia ter feito alguma coisa?" V05*

*"Vou investigar, perceber o que é que aconteceu, o que é que eu fiz para esse sentido." V06*

*"(...) o que é que poderia ter feito mais, (...), onde me ponho a mim própria em causa: será que fiz tudo, será que podia ter feito diferente?" V07*

*"(...) fico um bocadinho a pensar o que é que aconteceu, o que é que correu mal, e às vezes tenho a tendência a ir olhar para a ficha do doente para trás, o que aconteceu nas últimas consultas, se esteve há mais ou menos tempo comigo (...)" V08*

*"(...) será que eu falhei nalgum ponto? (...) o que fiz (...), muito imediato, foi rever, rever o processo clínico (...)" V10*

*"(...) o que é que eu fiz que podia ter feito melhor para evitar (...)" V11*

As reações vivenciais negativas da família da tristeza mais referidas no *corpus* de análise quando perante a notícia de uma morte não expectável são: tristeza (8), angústia (5), introspeção (4), impotência (2), pena (2), vazio (1), perda (1), isolamento (1). Aparecem também da família do medo (transtornada) e da vergonha (culpa, embaraço). E ainda da família da aversão com a negação (4) e da família da surpresa com o choque (8) e a surpresa (referida por 8 médicos e 16 vezes no *corpus* de análise)

Nas reações vivenciais negativas a surpresa, a tristeza, o choque e a negação são referidas como:

*"(...) foi completamente inesperado, não estava na minha mira (...)" V01*

*"Eu achava impossível (...) Mas morreu como? (...) fez-me uma confusão tremenda...é assim uma coisa que me deu a volta (...)" V02*

*"(...) não era minimamente expectável (...)" V04*

*"(...)eu choro imenso (...) sou sempre emotiva e transparente(...)" V06*

*"(...) abri o processo da doente. Nem queria acreditar (...) doeu-me assim horrores (...) fiquei muito incomodada (...)" V07*

*"(...) lembro-me de me sentir muito surpreendida (...) esses são os momentos que me chocam um bocadinho mais (...)fiquei surpreendida quando vem a esposa lavada em lágrimas, toda de preto, a dizer que ele [marido] tinha falecido subitamente com um enfarte fulminante. Aí fiquei, fiquei em choque...fiquei completamente em choque, não*

*tava a acreditar (...) um bocadinho de negação (...) é impossível isto ter acontecido com esta pessoa que estava tudo bem, não se queixava de nada." V10*

Segue-se a angústia (5 vezes):

*"(...) a minha atitude (...) é aquela que me é espontânea na hora e que tem a ver com aquilo que sinto...alguma angústia..."; "(...) fiquei a bater muito mal." V02*

A introspeção (4 vezes):

*"(...) fico um bocado introspetiva (...)" V06*

*"(...) fico um bocadinho a pensar o que é que aconteceu, o que é que correu mal, (...) arrumar na minha cabeça o que aconteceu (...)" V08*

*"(...) fico algum tempo a pensar no assunto, (...)" V11*

Relativamente à família da vergonha:

*"(...) também às vezes um sentimento de, junto da família, ficar às vezes um pouco assim mais encolhida (...)" V10*

São também referidas outras reações, mas com menor expressão, como o ficar transtornada:

*"(...) fiquei muito transtornada (...)" V02*

A pena:

*"(...) senti muita pena da família (...)" V02*

*"(...) fico com pena do transtorno que a família dela irá sentir, não é, filhos, familiares, marido etc. (...)" V11*

O sentimento de perda:

*"(...) para mim também foi uma perda, também súbita, e já me aconteceu emocionar-me junto da família quando ocorrem perdas dessas e são esses os sentimentos que tenho." V10*



Um dos médicos entrevistados refere sentir indiferença quando não tem ligação de proximidade com o falecido:

*"(...) noutras situações já aconteceu que ... simplesmente não me abalou assim tanto (...) não criei uma ligação (...) acabei por receber esta notícia quase um pouco indiferente." V09*

Três dos onze médicos referiram que as reações, na morte expectável e não expectável, que experienciam estão relacionadas com a relação de maior ou menor proximidade que têm com o falecido e familiares. Descrevem como:

*"Claro que é diferente se eu tiver um doente que segui nos últimos tempos de uma forma mais próxima, sinto sempre alguma perda em relação àquele doente. Se efetivamente era um doente que eu não tenho grande seguimento nos últimos tempos ou que na lista nunca veio à consulta ou conheço mal...tenho transitoriamente a sensação de recordação (...) mas não é mais muito mais do que isso." V01*

*"Varia com o tempo de contacto. (...) nos casos em que os familiares me procuravam para transmitir a notícia, obviamente que senti o pesar da perda dos doentes e sobretudo dos familiares (...)" V04*

*"(...) o fator principal é a proximidade com o doente (...) aqueles doentes que não criei relação médico-doente continuada ao longo do tempo e depois pronto acabei por receber esta notícia quase um pouco indiferente (...) os doentes em que criei proximidade sim, isso abalou bastante (...)" V09*

#### **5.2.2.2 O luto do primeiro doente**

Dos 11 médicos entrevistados, três (V08, V09 e V11) não se recordam do primeiro doente que faleceu. Um dos médicos verbaliza da seguinte forma:

*"(...) vou gerindo dia-a-dia e vou arrumando as coisas e portanto não fico a pensar nisso." V08*

Dois dos médicos (V03 e V10) referem lembrar-se e ter aceite essa morte como um ato natural, não despertando mais sentimentos, por terem sido casos de uma morte expectável.

Os seis restantes lembram-se e recordam a experiência apenas com sentimentos negativos como tristeza (com choro), pena, surpresa, choque, culpa, sensação de má prática médica (incerteza).

*"Lembro-me sim. É uma coisa que ninguém esquece. O primeiro doente faleceu-me nas mãos mesmo (...) sozinho fiz a minha descarga emocional (...) ainda hoje recordo como se fosse hoje e claro que me marcou."* V01

*"Senti, senti pena e sim, pena acho que foi (...) deixou-me triste (...) foi tristeza simplesmente."* V02

*"...não era minimamente expectável (...) a verdade é que era um jovem de 30 e poucos anos, (...) e estava bem, teve uma dor e que morreu não é, não é, não é simples...falei com a tutora para tentar perceber o que tinha acontecido. O que eu achei mais estranho foi não perceber minimamente o que é que se tinha passado."; "(...) sentimento de impotência (...); "Marcou. Eu vi o doente."* V04

*"(...) lembro-me ... foi aquele doente que via e fazia os diários todos os dias (...) fiquei surpreso porque no dia anterior tinha visto o senhor e parecia-me bem (...) até falei com a tutora na altura, o que é que devia ter acontecido, o motivo, se haveria alguma justificação."* V05

*"Sim...não se esquece...[chora] ...Foi um diabético era um doce, um doce, mas era super velhotinho, tinha os fatores de risco todos (...) não tinha família (...)Tinha consulta marcada e faltou, e ele nunca faltava...[chora] (...)"* V06

*"(...) foi o primeiro que me marcou porque era uma mulher nova de 35 anos, veio à minha consulta e tinha uma barriga enorme (...) já tinha ido várias vezes à urgência, queixava-se de dores de estômago, mas o que a preocupava era o tamanho da barriga (...) na TAC (...) uma neo do estômago (...) fui rever o processo para trás e foi aquela culpa (...)"*

*a sensação de não ter ouvido a doente (...)tive a clara sensação que podia ter feito diferente." V07*

#### **5.2.2.3 Reações vivenciais perante três situações de morte: contexto agudo/inesperado, doente paliativo, utente jovem.**

Perante três situações distintas, os médicos entrevistados foram convidados a descrever as suas experiências emocionais. Estão apresentadas em quadros separados a seguir.

Perante a notícia do falecimento de um utente de forma **aguda/inesperada**, as reações vivencias referidas pelos médicos estão descritas no Quadro VII.

**Quadro VII. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte em contexto agudo**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Entrevista</b>
Reações vivenciais do MF	Positivas	Acompanhamento	4	V01, V04
		Apoio	4	V06
		Empatia com a família	3	V03, V06, V07
		Aceitação	3	V01, V03, V05
		Disponibilidade	3	V04, V07
		Reconhecimento dos familiares	2	V04, V07
		Cuidar da família	1	V07
		Compreensão	1	V07
	Negativas	Surpresa	13	V01, V02, V03, V04, V05, V07, V08, V09, V10
		Incerteza (má prática/ medo de falhar/ rever processo)	9	V07, V08, V09, V10
		Impotência	3	V02, V08, V10
		Choque	3	V02, V05, V07
		Tristeza	2	V08, V10
		Desconforto	2	V08, V10
		Negação	1	V07
		Angústia	1	V07

Neste contexto, os sentimentos referidos são maioritariamente negativos. Nove dos onze médicos referiram sentir surpresa e esta é referida 13 vezes no *corpus* de análise. Seguem-se como reações mais frequentes, o questionamento sobre a prática médica e o reler o processo clínico do falecido na pesquisa de respostas para o sucedido. Nas reações negativas, outras unidades de registo são referidas como: o choque e a impotência.

*“(...) foram dar com ele enforcado na varanda e isso chocou-me imenso. Primeiro porque era um individuo muito novo, depois porque eu não consegui perceber que havia ali uma depressão tão grande que pudesse levar ao suicídio.” V02 [surpresa e choque]*

*“(...) não era minimamente expectável (...) procuraram-me para algo que eu não estava à espera (...)” V04 [surpresa]*

*“(...) fiquei surpreso porque no dia que eu tinha visto o senhor, parecia-me bem.” V05*

*“Nem queria acreditar (...) para mim era uma morte inesperada (...) foi um momento super agressivo (...) doeu-me horrores (...) vou sempre rever a ficha” V07 [surpresa, choque, negação, angústia]*

*“(...) eu não estava à espera (...) marcou-me (...) fico a pensar o que é que aqui o meu papel poderia ter sido diferente na altura (...) há coisas que não se controlam (...)” V08 [surpresa e impotência]*

*“(...) fiquei surpreendida (...) lembro-me daquele sentimento: será que falhei nalgum ponto? E pronto estive a rever as coisas todas com ela (...) tentei explicar que estas coisas súbitas também nos acontecem (...) são inesperadas (...)” V10 [surpresa, incerteza]*

Quando questionados acerca dos sentimentos experienciados ao recordar uma morte em contexto **paliativo**, os médicos referiram os enunciados no Quadro VIII. A maioria dos médicos experiencia sentimentos maioritariamente positivos (num total de 38 enunciados) onde a aceitação e a empatia são mais representativas (17 vezes).

**Quadro VIII. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte paliativa**

<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Unidades de registo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Entrevista</b>
Reações vivenciais do MF	Positivas	Aceitação	11	V01, V02, V04, V05, V08, V09, V10
		Empatia com a família	6	V02, V07, V08, V09
		Preocupação com a família	4	V07
		Alívio	3	V07, V10
		Disponibilidade	3	V04, V08
		Respeito pela autonomia do doente	2	V03, V04
		Acompanhamento	2	V09
		Sensação de dever cumprido	1	V10
		Atenção	1	V08
		Aceitar sentimentos do cuidador	1	V03
		Reconhecimento dos familiares	1	V05
		Clarificar circunstâncias da morte	1	V03
		Necessidade de falar com terceiros	1	V09
		Identificação	1	V07
	Negativas	Tristeza	2	V02, V09
		Pena	2	V02
		Incerteza (má prática/ medo de falhar/ rever processo)	2	V04
		Fuga	1	V07

*"(...) assisti a um estado de saúde razoável até à limitação própria da insuficiência cardíaca (...) morreu em casa. Morreu sem sofrimento (...) portanto, foi uma morte esperada, aceite." V01 [aceitação]*

*"(...) o drama não foi ele ter morrido, sabia-se que ia morrer mais cedo ou mais tarde (...)" (aceitação) "(...) eu tinha muito boa relação com ele e tive pena, senti-me triste quando ele morreu." V02 [pena, tristeza]*

"(...) a doente nunca quis saber o que tinha (...) Os filhos reuniam para discutirmos tudo com eles (...) especificamente para o marido não saber o que se estava a passar (...) a senhora disse-nos várias vezes que não queria saber o que tinha, queria era ser bem tratada (...) a maior dificuldade foi gerir a questão familiar (...) se calhar teríamos atuado mais objetivamente nalgumas situações (...)" V04 [incerteza]

" Não foi muito emotiva para mim, mas claro que sinto, sinto o luto dos familiares (...) empatizas com a perda que ela está a sofrer (...)" V09 [empatia]

Relativamente aos sentimentos experienciados perante a morte de um **doente jovem**, apenas sete médicos se lembravam de casos neste contexto. Os sentimentos experienciados estão no Quadro IX.

**Quadro IX. Categoria: Reações vivenciais perante uma morte de um doente jovem**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Reações vivenciais do MF	Positivas	Aceitação	4	V09, V10
		Transferência	3	V05, V06, V10
		Empatia com a família	2	V01, V02
		Acompanhamento	2	V01, V09
		Necessidade de partilhar com terceiros	1	V09
	Negativas	Choque	6	V02, V06, V10
		Incerteza (má prática/ medo de falhar/ rever processo)	4	V01, V07
		Surpresa	3	V06, V10
		Pena	2	V02, V07
		Choro	1	V10
		Culpa	1	V07
		Desconforto	1	V07
		Tristeza	1	V05
		Isolamento	1	V05
		Fuga	1	V07

As reações vivenciais negativas (21 no total) sobrepõem-se em número às positivas (12) quando os médicos estão perante uma notícia de falecimento de um utente jovem. Aqui são reações como o choque a surpresa e a incerteza (de dever cumprido, de má prática médica):

*"Tava em choque (...) foi assim um dia assustador..." V06*

*"(...) emocionei-me por ser jovem. Quer dizer é aquela transferência que nós acabamos por fazer para nós próprios...[chora] (...) eu acho que pela idade chocar-me-ia sempre, um pouco mais, mesmo que o acompanhasse e já estivesse à espera, não é (...) aconteceu isto e pelos vistos ainda está cá a marca porque isto ainda me emociona hoje...[chora]" V10*

*"Foi uma surpresa. E, portanto, quase que aprendi com eles [familiares] essa serenidade, essa aceitação (...)" V10*

### **5.2.3. Atitudes do médico de família para com os familiares e mudança na relação médico-doente**

#### **5.2.3.1 Atitudes do médico de família para com os familiares enlutados**

Relativamente às atitudes dos médicos de família perante os familiares enlutados, o Quadro X apresenta as sub-categorias e unidades de registos identificadas no *corpus* de análise.



**Quadro X. Categoria: Atitudes do médico de família para com os familiares**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Atitudes do MF para com familiares	Ativas	Disponibilidade, ausência de barreiras	21	V02, V03, V04, V05, V06, V07, V09, V10, V11
		Empatia	9	V03, V04, V06, V07, V09, V10, V11
		Acessibilidade	9	V01, V02, V08, V10, V11
		Apoiar	7	V02, V08, V11
		Preocupação com a família	6	V01, V04, V05, V07, V11
		Acompanhamento	5	V04, V08, V09, V10
		Rever vida do falecido	4	V01, V02, V06, V07, V11
		Compreensão	4	V03, V06, V09
		Conforto	2	V02
		Simpatia	1	V02
		Questionar	1	V02
		Estar presente	3	V07, V08
		Cuidar da família	1	V07
		Tolerância	1	V10
	Passivas	Estar atento	6	V04, V08
		Ouvir	4	V03, V05, V07, V09
		Evitar contacto	4	V07, V09
		Chora com a família	3	V06
		Medo de perder confiança dos familiares	3	V08
		Desconforto	2	V09
		Ansiedade no reencontro	1	V02

Nas respostas a esta questão, surge a categoria das atitudes perante os familiares com as sub-categorias ativas e passivas (Quadro X).

Na sub-categoria das **atitudes ativas**, a atitude mais frequente e referida por oito dos 11 médicos, é a disponibilidade (referida 21 vezes no texto), seguida da acessibilidade e da empatia (referidas 9 vezes).

*" O falecimento interfere em vários aspetos. Interfere nos motivos de consulta. Interfere nos tempos próximos, nas consultas seguintes, no espaçamento dessas consultas (...) terão consultas mais próximas e mais espaçadas (...)" V01*

*"Tenho depois algum cuidado quando as pessoas solicitam mais vezes consulta (...)"*  
V02

*"(...) há uma maior disponibilidade. É uma consulta que demora mais (...). Tenho a certeza que o que muda é a disponibilidade."* V03

*"A minha tentativa (...) é tentar perceber o estado do familiar (...) de que forma está a lidar com o luto, de que forma é que espera que o ajude (...) Acho que cada um tem a sua maneira muito própria de lidar com este tipo de situações e temos de dar o máximo de espaço possível para cada um fazer o seu luto da maneira que acha melhor. Presto atenção (...) tento estabelecer uma relação de distância-proximidade: garantir que no que precisarem eu estou perto, mas não me intrometendo no processo de luto nem forçando a minha posição ou a minha presença."* V04

*"Tento saber como a família está a recuperar, como corre o luto, (...), digo àquela pessoa para voltar daí a algum tempo, para ver como é que as coisas estão a correr, como é que está a passar, como é que está a conseguir ultrapassar aquele falecimento do seu familiar (...)"* V05

*"Depende da relação que eu já tinha com a família, se forem pessoas com quem, como é normal, tu empatizas mais, acho que sofres mais, que te disponibilizas mais e (...) acho que sofres mais, na verdade, com a família."* V06

*" Normalmente eu tenho o cuidado de mostrar e deixar muito bem clara a minha disponibilidade para a família, e se for preciso marco-os extra e deixo abertura para virem falar diretamente comigo sem passarem pelo secretariado (...) Deixo a porta mais aberta do que habitualmente. Estar disponível, marcá-los também mais frequentemente (...)"*  
V07

O Quadro X mostra ainda outras atitudes como a preocupação com a família (6x), apoiar os familiares e preocupar-se com eles, estar presente.

*"(...) eu tenho o cuidado de lhes proporcionar mais vezes consulta e, portanto, de lhes dar um apoio maior (...) eu tento dar-lhes um bocado mais de apoio enquanto eles precisam desse apoio (...)"* V02

*"(...) falar com a família e perceber o impacto que teve esta perda e partilharmos (...)"*  
V10

*"Sinto uma necessidade de empatizar com a família e de falarmos (...) como está o ressurgimento da vida normal (...) se é preciso algum apoio." V11*

A atitude de rever a vida do falecido com os familiares foi referida por cinco dos médicos. São ainda referidos a tolerância, o cuidar da família, a simpatia e a compreensão.

*"(...) nos tempos seguintes terei sempre uma conversa com esses familiares e que me fazem recordar o trajeto antes do falecimento desse doente (...) a conversa tem a ver com os últimos tempos, com o percurso das últimas semanas, meses, conforme, do processo de evolução da doença, e acaba a maior parte das vezes ou quase sempre no relato dos problemas de saúde do cuidador (...)" V01*

*"(...) eu busco alívio quando vou rever o processo (...)." V07*

*"(...) sinto uma necessidade (...) de falarmos sobre o assunto e esclarecer a morte (...)"*  
V11

Relativamente às **atitudes passivas**, foram encontradas as seguintes unidades de registo: estar atento (6) às reações dos familiares enlutados a fim de os ajudar no processo do luto, ouvir (4), chorar com a família.

*"(...) presto atenção a alguns sinais (...) tentar perceber o estado do familiar (...)" V04*

*"(...) a presença e o ouvir (...) se a minha relação com a família já era pobre (...) e há um sentimento que poderia ter feito algo mais (...) essa culpa pode-me fazer aumentar a disponibilidade (...) perceber (...) como é que a família está a viver o luto é uma preocupação minha. Acho que canalizo muito mais a minha preocupação, de resto já não posso fazer nada, mas todos os outros neste momento precisam mais de mim do que precisavam antes." V07*

Um dos médicos referiu sentir medo de perder a confiança dos familiares:

*“Numa fase se calhar mais inicial eu estou atenta às reações e à fase de vivência do luto dum familiar (...) faz-me estar mais atenta aos sinais e aos sentimentos que aquela pessoa possa ir expressando nas consultas seguintes (...) é estarmos mais atentos aos sinais no acompanhamento destas pessoas.” ; “(...) o receio de como é que aquela pessoa me continua a olhar, confia em mim, (...)” “(...) o receio entre aspas é um bocadinho esse, se estamos à altura ou se estou à altura de naquele momento conseguir manter todo o apoio necessário e devido acompanhamento daquela pessoa que cá fica e da relação com a própria evolução da família.” V08*

Dois médicos referiram evitar o contacto e sentir desconforto:

*“(...) tenho alguma dificuldade (...) em me envolver demais (...) acho que fujo mesmo (...) não gosto de me envolver muito (...) agradeço que eles resolvam sozinhos porque eu própria também me estou a resolver em relação àquela morte.” V07*

*“(...) não é uma sensação agradável, não é um momento pelo qual eu espero aos saltos e a bater palmas...sei que como médico de família tenho de acompanhar o luto dessa pessoa. O que é que eu penso quando vejo a pessoa marcada? Não sei, acho que respiro fundo e vamos a isso! (...) sinto o luto dos familiares (...)” V09*

Outro médico referiu sentir ansiedade no reencontro:

*“(...) eu tenho alguma ansiedade por saber como é que ele vem, qual a postura dele, mais também em termos de saúde mental e enfim como é que ele está a encarar a situação e como é que conta a história.” V02*

### **5.2.3.2 Mudança na relação médico-doente**

Relativamente ao facto das vivências do MF e das suas atitudes interferirem na relação médico-doente com os familiares enlutados, foram identificadas duas subcategorias (Quadro XI)

A grande maioria dos médicos refere sentir que a relação médico-doente fica inalterada, mas seis dos 11 médicos relatam situações em que a relação médico-doente ficou fortalecida e isso é referido 7 vezes no *corpus* de análise.

**Quadro XI. Categoria: Mudança na relação médico-doente**

Categoria	Sub-categoria	Unidades de registo	Frequência	Entrevista
Mudança na relação médico-doente	Mudança	Melhora	7	V02, V04, V06, V07, V10, V11
		Piora	-	-
	Não mudança	Neutra	11	V01, V02, V03, V04, V05, V08, V09, V10

*"Diferente, diferente, não." V01*

*"(...) se as pessoas me procuram para desabafar essa dor e se me procuram na tentativa de aliviar essa dor e de partilhar comigo essa dor é porque me consideram e porque eu faço parte integrante da vida dessa família ou dessa pessoa e, portanto, digamos que a relação mantém-se." V02*

*"(...) agora mimo-a imenso (...) estou sempre do lado dela (...) eu não ralho com ela (...)" V02 [acerca do caso paliativo]*

*" (...) o que sinto não é algo que vá interferir com a relação com os familiares, isso, não acho isso (...)" V05*

*" (...) a filha veio poucos dias depois (...) e agradeceu (...)" V07*

*"(...) tem mudado a confiança (...) para melhor." V10*

#### **5.2.4. Formação em luto**

Apenas um médico tem formação em luto por ter formação avançada em Cuidados Paliativos. Todos foram unânimes na importância em ter formação nesta área.

*"Mais formação, mais desmistificação, mais educação...e nós encararmos a morte como um processo que faz parte deste ciclo que é a vida..." V10*

*"Não, não tenho [formação] E sim, seria importante para sabermos lidar melhor. Saber lidar com familiares mais complicados." V05*

*"Porque sei que há estratégias e há doutrinas e há tudo e mais alguma coisa já sobre comunicação e sobre a forma de estar no luto que não tendo formação sobre isso...ficas um bocado à tua conta, vais com o teu feeling...se calhar se houvesse algumas luzes, tinhas mais armas para te organizar melhor e gerir melhor esta situação." V09*

*" Formação eu acho que é sempre útil." V08*

*" Acho que seria importante, sem dúvida. É uma área que me assusta". V07*

## 6. DISCUSSÃO

Analisaremos de seguida os dados (categorias, sub-categorias e unidades de registo) descritos no capítulo anterior.

### 6.1 Formas de informação do óbito

Relativamente a este tema, a primeira questão do guião responde com a identificação de três sub-categorias: pelos familiares, por outros profissionais, sistema informático.

A sub-categoria pelos familiares foi a mais expressiva e dentro desta a unidade de registo mais enunciada foi a verbal, ou seja os familiares informam verbalmente (presencialmente ou via telefone) os médicos de família do falecimento dos utentes.

A proximidade com o médico de família e a relação médico-doente que se vai estabelecendo ao longo dos anos de seguimento de uma lista de utentes, facilita esta forma de comunicação personalizada independentemente da existência ou não de consultas agendadas. O médico de família faz parte integrante das relações familiares e é informado dos acontecimentos maus e bons que ocorrem no seio familiar.

### 6.2 Impacto do falecimento do utente no médico de família: reações vivencias do médico de família

Relativamente a este tema, ao analisar os dados obtidos nas respostas à segunda pergunta do guião, aparecem dois temas distintos: os sentimentos/emoções caso se trate de uma morte expectável e em situação paliativa ou não expectável e situação aguda.

No caso das reações a uma **morte expectável** há um predomínio muito ligeiro de reações negativas (47) versus as positivas (40).

Ao receber a notícia do falecimento de um doente paliativo ou expectável, a maioria dos médicos refere sentir como sentimento positivo a aceitação. A empatia pela

família, identificada várias vezes, não sendo uma reação vivencial é a capacidade do médico de família se colocar no lugar da família enlutada e perceber os sentimentos que está a experienciar. Os sentimentos negativos identificados como mais prevalentes foram: a tristeza, questionamento acerca das suas competências e isolamento. Dois médicos referiram recordar o doente falecido, re-experienciando as memórias relacionais.

Ao comparar os sentimentos/reações vivenciais identificadas com o Modelo da Tripla Integração descrito por Barbosa, constata-se que os médicos de família perante esta notícia manifestam apenas reações nos seguintes padrões:

- Desorganização/integração – traduz-se pela tristeza, a saudade, o isolamento/introspeção e o desconforto físico e emocional, a necessidade de rever o processo clínico a fim de apaziguar a angústia da culpa de um eventual erro médico e de modo a integrar a perda do doente. É a reflexão sobre o que aconteceu que gera angústia no primeiro momento sendo desencadeadora, num período muito curto de tempo, de apaziguamento interior.
- Reformulação/reorganização - a experiência é integrada e há a aceitação e o reconhecimento da perda, agradecendo a história de relação com o doente falecido (recordando-o) e as memórias que ficaram como ensinamento para a prática futura e uma maior abertura para um cuidar, bem como uma preocupação com os familiares enlutados que o médico de família continua a seguir.

O choque não existe quando a morte é expectável, não causa surpresa. Três médicos referem até sentir alívio pelo fim do sofrimento do doente e da família cuidadora.

No caso das reações a uma **morte não expectável** há um predomínio marcado de reações negativas (81) versus as positivas (9). Das unidades de registo identificadas na sub-categoria negativa, a surpresa é referida por oito dos 11 médicos e o choque por seis.

O padrão choque/negação surge quando os médicos de família estão perante uma morte não expectável ou em contexto agudo. A perda não era esperada, não houve



preparação possível, pelo que o médico de família experiencia incompreensão da situação bem como sentimentos de impotência. O médico fica surpreendido e em choque com a notícia. Aí tal como descreve Barbosa, também a maioria dos médicos referem sentimentos de descrença, negação, injustiça, choque, surpresa.

Seguem-se depois as reações/emoções iguais às descritas perante uma morte expectável nos padrões

-Desorganização/integração - tristeza, culpa autodirigida, remorso, arrependimento (manifestações afetivas). Salienta-se que a emoção mais marcada e mais presente no padrão desorganização/integração é a incerteza, a angústia de poder ter contribuído para o desfecho desse doente, o medo de ter falhado como médico na sua função de tratar doentes. O médico questiona se fez tudo o que seria possível ou onde poderá ter errado no seguimento e tratamento do doente falecido. Sente pena e tristeza.

-Reformulação/reorganização - reajustamento ao “novo” mundo – procurar reorganizar os papéis, preocupação com os enlutados e ajudar a reencontrar significado – o médico aceita a morte do seu doente e canaliza as suas atenções para com os familiares mostrando-se disponível e atento para com as suas reações no processo de luto. Centra-se nas condições médicas dos enlutados a fim de não descompensarem.

Os médicos não são imunes ao sofrimento e falecimento dos doentes e seus familiares e podem sentir-se assoberbados pelas emoções que experienciam e choram. Enfrentar doentes em fim de vida requer uma série de competências e capacidade humana de enfrentar a mortalidade e adequar crenças, atitudes e recursos (Sansó, 2015).

Alguns dos médicos referem que as reações vivenciais são diferentes consoante a relação que tinham com o doente. Naqueles doentes em que a relação é mais próxima os médicos sentem a perda de forma mais intensa e referem sentimentos de tristeza, isolamento, pena até aceitarem a morte do seu doente. A tristeza existe, mas não será nem tão intensa nem tão prolongada como numa pessoa com quem tem uma relação mais próxima, como por exemplo alguém da família. Este processo é bastante adaptativo, pois a vivência de lutos mais dolorosos e prolongados, poderia interferir com

desempenho técnico do médico. O médico estaria assim em risco de vivenciar constantemente as fases choque e desorganização, sem conseguir avançar no processo de luto e chegar à fase de reorganização.

Estas emoções descritas estão concordantes com o encontrado na literatura, como por exemplo o que Papadatou (2009) descreveu no seu trabalho - os quatro níveis de resposta vivencial: emocional (tristeza, raiva), comportamental (choro, irritabilidade, necessidade de falar com terceiros), cognitiva (pensamentos recorrentes e pesadelos com o falecido, culpa) e física (dor, alterações nos padrões de alimentação e sono), que os profissionais experienciam para integrar a perda na sua vida pessoal e profissional.

Também se podem comparar os sentimentos identificados pelos médicos perante uma morte não expectável com os sentimentos dos doentes quando confrontados com a notícia da sua própria morte, tal como descreveu Kübler–Ross (1969) nas cinco fases ou estádios: o primeiro é a negação e o isolamento; o segundo é a revolta; o terceiro é a negociação (por vezes com Deus, sob a forma de promessas secretas ou explícitas); o quarto é a depressão, e o final é a aceitação.

Também Foggin (2016), no seu trabalho sobre as vivências dos médicos de família ao lidar com o luto de familiares de doentes que tenham cometido suicídio, descreve sentimentos de culpa, fuga e evicção dos familiares, necessidade de cuidar dos familiares enlutados mas com dificuldades em saber o que dizer e como fazer.

Pina (2012) mostrou que também os enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos experienciam sentimentos positivos (tranquilidade, paz, alívio, dever cumprido) e negativos (tristeza, revolta, perda frustração).

As reações vivenciais positivas e negativas experienciadas aquando da notícia do falecimento de um utente jovem sobrepõem-se às identificadas no caso de uma morte não expectável ou inesperada pois não é espectável que um utente venha a falecer numa idade tão jovem e surge com maior expressividade o choque e a incerteza de ter cometido algum erro que pudesse ter provocado a morte, além da identificação com o doente pela proximidade de idade do médico.

Salienta-se também que a morte do primeiro utente está bem presente em oito dos 11 médicos e que, segundo estes, foi uma experiência marcante e vivida com sentimentos negativos.

*"Lembro-me sim. É uma coisa que ninguém esquece. O primeiro doente faleceu-me nas mãos mesmo (...) sozinho fiz a minha descarga emocional (...) ainda hoje recordo como se fosse hoje e claro que me marcou." V01*

### **6.3 Atitudes do médico de família para com os familiares e mudança na relação médico-doente**

Relativamente a este tema, foram identificadas 74 atitudes ativas e 23 atitudes passivas perante os familiares enlutados.

A maioria dos médicos aumenta a sua disponibilidade e acessibilidade para com os familiares enlutados e preocupa-se com eles, sentindo-se impelidos a apoiar, estar presente e acompanhar, disponibilizar tempo e consultas extra sempre que o solicitem. Há necessidade de rever a vida do falecido com os familiares por permitir tranquilizar o médico quanto ao trajeto percorrido pelo falecido na sua fase terminal.

Como atitudes passivas mais frequentes temos o “estar atento” e “ouvir os familiares”. Dois médicos referem evitar o contacto e têm atitudes de fuga e desconforto por reencontrar os familiares pelo desconforto de falar na morte e do falecido. Um médico refere várias vezes o receio do confronto com os familiares por medo de perderem confiança no médico de família. Estes sentimentos também foram descritos no estudo de Foggin (2016). A família é sentida como um juiz, pois a família volta ao médico de família apesar da morte, decide que o médico de família se mantém e o médico de família é "absolvido".

É indiscutível que o médico de família está numa posição privilegiada para a continuidade de cuidados e para o suporte dos familiares enlutados, pois conhece a família, a sua dinâmica, os seus pontos fortes e fracos. Funciona como ouvinte, tenta responder às questões e anseios dos doentes e familiares, encoraja a expressar as

emoções, referência para outros técnicos em caso de necessidade. Pode ajudar o doente e os familiares (de todas as idades) a atravessar as fases do luto.

Os doentes esperam empatia por parte dos médicos. Está descrito na literatura que o envolvimento emocional do médico é benéfico para ambos e conduza a uma melhoria na relação médico-doente e a uma redução no *burnout* profissional (Ramos, 2008).

Tal como dizia Balint, os médicos são como um medicamento, os profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos são privilegiados e desafiam-se para encontrar formas de se usarem como terapêutica de modo a promover uma presença curativa ao doente em fim de vida enquanto, simultaneamente, tentam descobrir o sentido e a forma de interiormente lidar com essa situação e com a perda.

Quando questionados acerca da mudança na relação médico-doente, oito médicos referem não sentir alterações e seis médicos referem ter sentido uma proximidade maior e uma relação médico-doente mais fortalecida após a partilha e o acompanhamento da experiência do luto do familiar, que acaba por ser vivenciada também pelo médico. Nenhum médico referiu que as reações vivenciais positivas e negativas experienciadas individualmente tivessem interferência de forma negativa na relação com os familiares que continua a acompanhar, nem com a comunicação ou a postura na consulta.

No entanto vários referem que se a relação médico doente é mais próxima, o médico experiencia sentimentos negativos mais intensos:

*“se a relação é mais direta, custa mais” V04*

*“o facto de ter uma relação de proximidade dificulta, aumenta o sofrimento e a tristeza” V09*

E quando a relação não é tão próxima o médico de família aceita com mais naturalidade o falecimento do doente, sem estarem descritas interferências na qualidade da relação medico-doente.

## 6.4 Formação em luto

Relativamente a este tema, constatou-se que apenas um médico tem formação em luto por ter formação avançada em Cuidados Paliativos. Todos foram unânimes na importância em ter formação nesta área, o que está de acordo com a literatura, pois ao ter conhecimento acerca de como os médicos lidam com os seus próprios lutos, os lutos dos doentes e como o integram na sua vida pessoal e profissional, vão aprender as melhores estratégias para lidar com o processo da perda.

O'Connor (2014) no seu estudo em médicos de família mostrou que os médicos de família ao apoiarem familiares enlutados utilizam estratégias que se assemelham a terapia cognitivo comportamental e a relação médico doente desempenha um papel muito importante. No entanto, sentem necessidade de maior formação na área bem como no treino da comunicação e no processo do luto.

Também Guesquiere et al (2014) mostraram que os médicos de família necessitam melhorar as suas aptidões para lidar com os familiares enlutados.

Foggin (2016), no seu trabalho sobre as vivências dos médicos de família ao lidar com o luto de um doente que tenha cometido suicídio, refere que o risco de *burnout* e stresse aumenta nos médicos que não tiveram treino pré-graduado acerca do lidar com o luto e a morte, situações de stresse e pressão no trabalho, e competências de comunicação e lidar com os próprios sentimentos.

É indiscutível que o médico de família está numa posição privilegiada para a continuidade de cuidados (incluindo prestar cuidados no domicílio) e para o suporte dos familiares enlutados, pois conhece a família, a sua dinâmica, os seus pontos fortes e fracos. Funciona como ouvinte, tenta responder às questões e anseios dos doentes e familiares, encoraja a expressar as emoções, referência para outros técnicos em caso de necessidade. O médico de família pode apoiar o doente e os cuidadores, aliviar sintomas e melhorar o conforto do doente, estabelecer em parceria um plano de cuidados para o doente em fim de vida. Pode ajudar o doente e os familiares (de todas as idades) a atravessar as fases do luto. Necessita apenas de adquirir as competências necessárias para essa função com formação a nível pré e pós-graduado e ao longo da sua carreira.

A formação deve distinguir claramente o luto nos seus vários contextos: uma morte expectável, por doença, idade avançada, contexto de cuidados paliativos, uma morte inesperada. Inevitavelmente o médico de família irá no decurso da sua prática clínica lidar com as várias situações. O objetivo da formação será o de facilitar a identificação/aceitação de sentimentos e potenciar a relação com familiares enlutados, pois as estratégias de evitamento impedem o médico de família de desempenhar em pleno as suas funções, enquanto profissional que verdadeiramente acompanha a família em todas as fases da sua vida. Segundo Barbosa (2016) a intervenção formativa em competências de comunicação e relação vai permitir melhorar a satisfação profissional e reduzir o stress laboral, melhorar a adesão dos doentes e familiares, permitir identificar os problemas do doente e família mais pertinentes.

Mills et al (2016) descrevem no seu estudo com médicos e enfermeiros acerca do autocuidado, que a formação em autocuidado é fundamental para que os profissionais que trabalham em Cuidados Paliativos possam desempenhar as suas tarefas e melhorar o seu bem-estar e saúde.

## 7. CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo pretendemos conhecer a vivência do luto dos médicos de família pela morte dos seus utentes e se essa vivência interferia com o seguimento da família enlutada. Para isso realizámos um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, usando como instrumento entrevistas semi-estruturadas, submetidas a análise de conteúdo segundo Bardin.

Constatámos que os médicos de família foram informados da morte dos seus utentes na maioria das vezes pelos familiares. O médico de família faz parte integrante das relações familiares e a proximidade e a relação médico-doente que se vai estabelecendo ao longo dos anos de seguimento de uma lista de utentes, facilita esta forma de comunicação personalizada.

Identificámos que os médicos de família experienciam vários sentimentos quando recebem a notícia do falecimento dos seus doentes, a maioria deles negativos. No entanto, estes sentimentos são diferentes consoante o médico está perante uma morte expectável ou de um doente paliativo ou perante uma morte não expectável ou de um doente jovem ou numa situação aguda.

Assim, perante uma morte expectável, os médicos experienciam sentimentos negativos como a tristeza, a incerteza (o questionamento acerca das suas competências técnicas, necessidade de rever processo clínico) e o isolamento. Como sentimentos positivos os médicos referem sentir aceitação pela perda, empatia pela família enlutada e alívio pelo fim do sofrimento do doente.

Quando estão perante uma morte não expectável, não há preparação possível nem compreensão do sucedido, os médicos experienciam em grande frequência sintomas negativos como o choque, a surpresa, a incerteza (o questionamento acerca das suas competências técnicas, necessidade de rever processo clínico), a impotência, a descrença, a negação e a angústia. Os médicos sentem, como principal reacção vivencial positiva, empatia pelo sofrimento dos familiares enlutados dado a imprevisibilidade do acontecimento vivido.

Constatámos que o processo de luto do médico pelo seu doente não é diferente do processo de luto de um familiar. O médico é humano e também sente a perda. As emoções que experiencia passam pelas fases de choque, desorganização e reformulação, muito semelhantes às existentes na literatura e nomeadamente às descritas por Barbosa no Modelo da Tripla Integração, aos quatro níveis de resposta descritas por Papadatou ou até mesmo pelos cinco estádios descritos por Kübler-Ross.

Constatámos que a frequência e intensidade dos sentimentos não é a mesma de acordo com a relação existente com o falecido. Alguns médicos explicitam bem que sentem a perda de forma mais intensa, com mais sentimentos negativos, naqueles doentes em que a relação é mais próxima.

Apesar das reações vivenciais serem maioritariamente negativas quando recebem a notícia do falecimento de um utente, os médicos de família, perante os familiares enlutados têm uma postura ativa que se manifesta por uma maior disponibilidade e acessibilidade às consultas, apoio, acompanhamento, empatia. As atitudes passivas como “ouvir” e “estar atento” foram as mais frequentemente evidenciadas. Os sentimentos negativos vividos pelos médicos, quando recebem a notícia, não interferem negativamente nas atitudes perante os familiares. Pelo contrário, com uma postura acolhedora e disponível os médicos envolvem-se emocionalmente com os familiares enlutados e sentem que a relação médico-doente fica fortalecida.

Este trabalho permitiu a identificação dos sentimentos que os médicos de família experienciam quando um doente falece. Futuramente poderá ser investigada a forma como esses sentimentos interferem positiva ou negativamente com a vida pessoal e profissional do médico de família, as suas convicções e crenças. Fica também por investigar qual a perspetiva dos familiares enlutados face ao desempenho do médico de família durante o processo de luto.

Os médicos entrevistados foram unânimes a dar importância à formação acerca deste tema pois quanto mais formação nesta área, mais ferramentas para lidar melhor com o luto pessoal e os utentes enlutados. É fundamental que os médicos aceitem a morte como um processo natural, tomem consciência dos seus sentimentos, percebam



que são humanos como os doentes e têm o direito a ficar tristes e fazer o luto tal como os familiares para que, integrando a experiência no seu íntimo, possam crescer e não contaminar a relação médico-doente.

O reconhecimento do médico de família como elemento central na vida dos utentes desde o seu nascimento até ao final de vida, recolocou o papel do clínico como um gestor dos cuidados de saúde e advogado do doente e suas famílias para o seu melhor interesse. Sendo o médico de família o que melhor conhece as dinâmicas familiares e as particularidades de cada utente, está em vantagem para um acompanhamento do processo de luto dos familiares.

A elaboração conveniente do luto profissional vai permitir um melhor acompanhamento dos enlutados, beneficiando de um enriquecimento pessoal e profissional. Só desta forma se poderá tirar partido da experiência única que é acompanhar o doente terminal e a sua família nesta viagem na busca de significado da sua vida e da sua morte. Só identificando os seus sentimentos é que podem desempenhar de forma consciente e imparcial o apoio ao doente e aos familiares enlutados. A empatia torna-se mais verdadeira. A relação médico-doente mais fortalecida com consequente benefício no acompanhamento dos familiares. A verdadeira missão do médico de família de acompanhar e zelar pelo bem-estar do doente e família fica melhor cumprida.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, A. (2012) *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A. (2014) *Contextos do Luto*. Lisboa: Núcleo de Académico de Estudos e Intervenção sobre o Luto/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Barbosa, A. (2016) *O Luto em Cuidados Paliativos* In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto I. G. (Eds.) (2016) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Barbosa, A. (2016) *A relação clínica em Cuidados Paliativos* In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto I. G. (Eds.) (2016) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Barbosa, A. (2016) *Fazer o Luto*. Lisboa: Núcleo de Académico de Estudos e Intervenção sobre o Luto/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bardin, L. (2016) *Análise de Conteúdo*. Edições 70 Lda.
- Bernardo, A. et al. (2016) *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. - Posição da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. APCP.
- Bernardo, A.; Rosado, J.; Salazar, H. (2016) *Burnout e autocuidados* In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto I. G. (Eds.) (2016) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Brown, C. (2009) *Oncology nurses'grief: a literature review*. Clin J Oncol Nurs. Dec;13(6):625-7
- Corney, R. (2000) *O desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina*. Climepsy editores. Lisboa.
- Deshaies, B. (1992) *Metodologia da Investigação em Ciências Humanas*. Instituto Piaget
- Flick, U. (2005) *Métodos Qualitativos na Investigação Clínica*. Monitor.
- Foggin E. et al (2016) *GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study*. British Journal of General Practice, October 2016; 737-746
- Fortin, M-F. (1996) *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência, Edições Técnicas Científicas Lda
- Gama, G., Barbosa, F., Vieira M. (2011) *Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (SLP): construção e validação*. Cadernos da Saúde. Vol.4, nº2, 57-64
- Gama, G. (2013). *O luto profissional nos enfermeiros*. Doutoramento. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

- Gawande, A. (2014) *Ser Mortal*. Lua de Papel
- Gesquiere A. Et al (2014) *Primary care providers' bereavement care practices: recommendations for research directions*. Journal of Geriatric Psychiatry. December; 29(12):1221-1229
- Granek et al (2016) *Gender differences in effect of grief reactions and bournout distress among clinical oncologists*. Cancer. Month 00, 2016; 1-10
- Guerra, I.C. (2014) *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Príncípia Editora, Lda.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Acolher a Morte* (trad. Pedro Soares). Cruz-Quebrada, Estrela Polar.
- Kutner, J.S. (2009) *Bereavement: addressing challenges faced by advanced cancer patients, their caregivers and their physicians*. Primary Care. Dec; 36(4):825-44
- Leal, F. (2005) *A Medicina Geral e Familiar e o Luto*. Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Masso, M. et al (2015) *Palliative Care phase: inter-rater reliability and acceptability in a national study*. Palliative Medicine. 2015. Vol.29 (1) 22-30
- McWhinney, I. (1994) *Manual de Medicina Familiar*. Oxford University Press, Inc.
- Mills, J; Wand, T; Fraser J.A. (2017) *Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review*. International Journal of Palliative Nursing Vol.23, nº 5: 219-229
- Murtagh, J. (2003) *General Practice*. The McGrawHill Companies.
- Neto, I. G. (2016) *Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos fundamentais* In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto I. G. (Eds.) (2016) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- O'Connor M; Breen L. (2014) *General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study*. BMJ Medical Education. 2014. 14:59
- Papadatou, D. (2009) *The grieving healthcare provider*. Bereavement Care. 2009; 20:2, 26-29
- Pendleton et al. (1993) *A consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino*. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto.
- Persin, H. et al. (2015) *Existential distress among healthcare providers caring for patients at the end of life*. Supportive and Palliative Care. 9(1): 77-86, Mar 2015

- Penson R.T. (2002) *When does the responsibility of our care end: bereavement.* Oncologist. 2002;7(3):251-8
- Pina A. (2012) *O luto nos enfermeiros de Cuidados Paliativos.* Mestrado. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Pruti S., Goel A (2014) *Doctors do cry.* Indian Journal of Medical Ethics Vol IX No4, Oct-Dec 2014: 249-251
- Querido, A.; Salazar, H.; Neto, I.G. (2016) Comunicação In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto I. G. (Eds.) (2016) *Manual de Cuidados Paliativos.* Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Gradiva.
- Ramos, V. (2008) *A consulta em 7 passos.* Lisboa.
- Salinsky, J., Sackin, P. (2004) *Médicos com emoções – identificar e evitar comportamentos defensivos na consulta.* Grunenthal.
- Sansó, N. et al (2015) *Palliative Care Professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout and coping with death.* Journal of Pain and Symptom Management. Vol 50, nº 2: 200-207
- Secondy M. (1977) *Bereavement: The Role of Family Physician* Journal of The National Medical Association. Vol 69, No 9, 1977; 649-651
- Shear, M.K. et al (2017) *Grief and bereavement in adults: Clinical features.* UpToDate
- Twycross, R. (2003) *Cuidados Paliativos.* Climepsi Editores.
- Wilson, J., Kirshbaum, M. (2011) *Effects of Patient death on nursing staff: a literature review.* Br J Nurs. may13-23; 20(9):559-63
- Woolhouse, S. et al (2012) *"Building through the Grief": Vicarious Trauma in a group of inner-city Family Physicians.* Journal of the American Board of Family Medicine Nov-Dec Vol.25, nº6 840-846
- [www.apcp.com.pt](http://www.apcp.com.pt)
- Zerbe, K.J., Steinberg, D.L. (2000) *Coming to terms with grief and loss. Can skills for dealing with bereavement be learned?* Postgraduated Medicine. Nov, 108(6):97-8, 101-4, 106

## ANEXOS

## Anexo 1 - Aprovação do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa



Lúcia Telmo de Sousa Pires Gil Santos  
Rua Manuel dos Santos, n.º 6 - 3.º  
esquerdo  
1900-317 Lisboa

N/Refª: IFA-M/2017

Data: 04/05/2017

Assunto: Aprovação do projeto de dissertação.

Cumpre-nos informar que o Conselho Científico da FMUL na reunião de 18 de abril de 2017, com base na apreciação positiva do Conselho de Mestrado, aprovou o projeto de dissertação intitulado "A vivência do luto pelos médicos de família" sob a orientação de Prof. Doutor António José Feliciano Barbosa, no âmbito do curso de mestrado em Cuidados Paliativos.

Recordo a necessidade de obter a aprovação da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa.






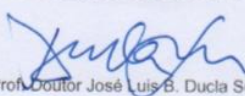
Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor António Vaz Carneiro  
Diretor executivo do Instituto de Formação Avançada

Cc: Prof. Doutor António José Feliciano Barbosa

Exemplar Oficial da Ordem de 31 de Março de 2017 - Regulamento da Faculdade de Medicina de Lisboa

## Anexo 2 – Autorização da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte e Centro Académico de Medicina de Lisboa

 <b>CENTRO ACADÉMICO DE MEDICINA DE LISBOA</b>		<small>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, ETS</small>	 <small>SANTAMARIA</small>	 <small>Hospital Pólo Norte</small>	 <small>INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL</small>	 <small>INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL</small>
<b>Presidente</b> Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares/CHLN e CAML		<b>Exma. Senhora</b> <b>Dra. Luísa Pires Gil Santos</b> <b>Rua Manuel dos Santos, N.º 6 – 3.º Esq.º</b> <b>1900-317 LISBOA</b>				
<b>Vice-Presidente</b> Prof.ª Doutora Maria Luísa Figueira (CAML)						
<b>Membros</b> Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN) Prof.ª Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN) Padre Fernando Sampaio (CHLN) Mestre En.ª, Graça Roldão (CHLN) Prof. Doutor João Farjaz Lacerda (CAML) Prof. Doutor João Lavínia (CAML) Prof.ª Doutora Maria do Céu Rueff (CAML) Prof.ª Doutora Mafalda Videira (CAML) Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHLN) Dra. Mónica Capristano (CHLN)						
		Lisboa, 14 de Junho de 2017				
Nossa Ref.º. N.º 188/17						
<b>Assunto:</b> Projecto "A vivência do luto pelos médicos de família"						
<b>Relator</b> – Padre Fernando Sampaio						
Pela presente informamos que o projecto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, 13ª Edição da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa obteve, na reunião realizada em 6 de Junho de 2017, parecer favorável da Comissão de Ética.						
Com os melhores cumprimentos,						
<b>O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML</b>						
 Prof. Doutor José Luís B. Ducla Soares						
<b>COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLN e CAML</b> Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90 Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA						
			<small>www.chln.pt</small>		Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2	

### Anexo 3 - Declaração do Orientador



#### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que aceito ser orientador da dissertação "A vivência do luto pelos médicos de família", da Licenciada Luisa Pires Gil Santos, referente ao Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, concordo com o pedido de prorrogação da entrega da dissertação.

O Orientador,

Prof. Doutor António Barbosa

Lisboa, 19 de outubro de 2016

Grande Oficial da Ordem de S. Tiago de Espada



## Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Com a devida  
para a autorização  
n.º 24-9-2016

24-9-2016

LUÍS PISCO  
Vice-Presidente do Conselho Directivo  
ARSLVT, I.P.

Informação N.º 7294/CES

Data: 22.09.2016

Processo N.º 065/CES/INV/2016

**Assunto: “A vivência do luto pelos médicos de família”**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido emitido um parecer favorável.

Referenciamos o presente parecer na expectativa da vossa apreciação e autorização para posterior envio ao requerente e divulgação em formato sumário no portal da ARSLVT.

À consideração superior,

António Manuel Nuncio Faria Vaz  
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Av. Estados Unidos da América n.º 75-77, 1749-096 Lisboa  
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723  
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

## Anexo 5 – Declaração do ACES Lisboa Central



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE  
LISBOA CENTRAL

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que, após ter tomado conhecimento do protocolo de investigação “A vivência do Luto pelos médicos de família” da autoria de Luísa Telmo de Sousa Pires Gil Santos, não tenho nenhuma restrição para que o mesmo seja realizado nas Unidades de Saúde Familiar Monte Pedral e Oriente, que reúnem as condições logísticas e humanas necessárias à realização de trabalhos de investigação, assegurando as condições éticas adequadas de acordo com as Boas Práticas Clínicas.

Lisboa, 20 de Julho de 2016

O Presidente do Conselho Clínico,

  
(Dr. Guilherme Ferreira)  


A

## Anexo 6 – Autorização da USF Monte Pedral



USF MONTE PEDRAL  
ACES LISBOA CENTRAL

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Unidade de Saúde Familiar Monte Pedral se encontra disponível para colaborar no trabalho de investigação “A vivência do luto pelos médicos de família” da autoria de Luísa Telmo de Sousa Pires Gil Santos, concordando com a equipa de investigação e reunindo as condições estruturais necessárias para a implementação do protocolo.

Lisboa, 20 de Julho de 2016





A coordenadora,

USF Monte Pedral  
Dra. MARTA CARDOSO  
Coordenadora  
Tel. 218 115 090

  
(Dra. Marta Cardoso)

B


## Anexo 7 – Autorização da USF Oriente



**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos se declara que a Unidade de Saúde Familiar Oriente se encontra disponível para colaborar no trabalho de investigação "A vivência do luto pelos médicos de família" da autoria de Luísa Telmo de Sousa Pires Gil Santos, concordando com a equipa de investigação e reunindo as condições estruturais necessárias para a implementação do protocolo.

Lisboa, 21 de Julho de 2016



Dra. M.ª Coordenadora  
Coordenadora da USF Oriente  
(Dra. Maria José Valente)

Unidade de Saúde Familiar Oriente, Av. Afonso III, lote 16 1900-046 Lisboa  
telefone: 218101010, Fax: 218122196, Email: usf.oriente@arslvt.min-saude.pt

## Anexo 8 - Consentimento Informado

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: A vivência do luto pelos médicos de família

Explicação do estudo: Estudo de caso efetuado nas Unidades de Saúde Familiar (USF) Monte Pedral e Oriente. Serão incluídos os MF com o grau de assistente, assistente graduado ou assistente graduado sénior que aceitem participar. O estudo seguirá uma metodologia qualitativa. A investigadora conduzirá uma entrevista, que será audiogravada, no local de trabalho dos entrevistados. A investigadora preencherá no início da entrevista uma ficha com a informação demográfica de modo a caracterizar o entrevistado e fornecida pelo próprio: identificação (primeira letra do primeiro e último nome), sexo (variável nominal dicotómica), idade (variável categórica ordinal), número de anos de serviço (variável categórica ordinal), número de anos com a lista atual (variável categórica nominal). Será feita uma análise do conteúdo. Será realizada a análise qualitativa das entrevistas realizadas, através de transcrições integrais ou realizando codificação de secções de texto.

Condições e financiamento: Todos os custos serão suportados pela investigadora. A participação será voluntária. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo, após aprovação pela Comissão científica do Mestrado de Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Confidencialidade e anonimato: Na base de dados não constará qualquer informação que identifique de forma única os utentes da lista do MF, pelo que se considera que não está em causa a figura de “Dados pessoais”, conforme descrita na Lei nº67/98 de 26 de Outubro (Lei de Proteção de Dados Pessoais). Esta base de dados será trabalhada exclusivamente pela investigadora. Em relação à fase qualitativa, serão usadas transcrições textuais da entrevista no trabalho final. A investigadora compromete-se a proceder à anonimização através da categorização dos dados pessoais. Contudo, devido à dimensão da amostra, não é possível garantir em absoluto o não potencial reconhecimento dos MF.

A Investigadora:

Data:

----- Declaro ter lido e compreendido toda a informação escrita neste documento, bem como a informação verbal que recebi sobre o estudo. Tive oportunidade de ler o protocolo do estudo, de o discutir e colocar questões. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pela investigadora.

O MF:

Data:

## Anexo 9 – Questionário

### FICHA PARA COLHEITA DE INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA DO MF

1. Identificação  
MF \_\_\_\_
2. Sexo  
Feminino ☐  
Masculino ☐
3. Idade (anos)  
<30 ☐ 30-39 ☐ 40-49 ☐ 50-59 ☐ > 60 ☐
4. Número de anos de serviço  
<10 ☐ 10-19 ☐ 20-29 ☐ >30 ☐
5. Número de anos com a lista atual  
<5 ☐ 5-9 ☐ 10-15 ☐ 16-19 ☐ >20 ☐
6. USF Monte Pedral ☐ USF Oriente ☐

## **Anexo 10 – Guião de entrevista**

### **GUIÃO DE ENTREVISTA**

Durante a entrevista serão exploradas as seguintes dimensões:

1. Contexto: nesta dimensão a investigadora irá abordar o conhecimento dos MF acerca dos utentes falecidos na lista que seguem.

- Como/de que forma/por intermédio de quem tomou conhecimento da morte dos utentes falecidos pertencentes à sua lista?

2. Impacto do falecimento do utente no MF: pretende a investigadora explorar quais os sentimentos do MF quando recebe a notícia do falecimento de um doente da sua lista

- Como vive habitualmente a morte de um utente e que sentimentos experiencia?

- Consegue lembrar-se do luto do seu primeiro doente como médico de família? Fale desse momento e de como se sentiu.

- Peço que se recorde e descreva uma situação de morte em contexto agudo/inesperado, paliativo, num utente jovem. Que sentimentos experienciou em cada uma delas?

3. Impacto do falecimento do utente na relação do médico com a restante família: pretende compreender qual o impacto na relação e comunicação com os restantes membros da família do falecido.

- Quais os seus sentimentos em relação aos restantes elementos da família do falecido?

- Como é que esses sentimentos interferem com a comunicação e relação com os restantes elementos da família?

- Sente que os familiares o tratam de outra forma? Como?

4. Tem alguma formação (mestrado, pós-graduação, outra) sobre luto e apoio às famílias? Se não, acharia pertinente?

## Anexo 11 – Protocolo de investigação



**Unidade de Saúde Familiar Monte Pedral**

Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central



# Protocolo de investigação

## A vivência do luto pelos médicos de família

Serve este trabalho de investigação para tese de Mestrado em Cuidados Paliativos, da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Investigadora: Luísa Pires Gil Santos

Assistente de Medicina Geral e Familiar, a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Monte Pedral, Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central

Orientador: Prof. Doutor António Barbosa

Outubro 2016



## **Título**

### **A vivência do luto pelos médicos de família**

## **Introdução**

A Medicina Geral e Familiar (MGF) centra-se na abordagem holística do indivíduo, abraçando a dimensão física, psicológica, social e cultural do mesmo.

O médico de família (MF) segue assim, não apenas uma pessoa, mas a família, e durante vários anos. Sendo um sistema dinâmico, a família e os seus elementos mudam ao longo do tempo: nascem, crescem e morrem. Tal como refere Murtagh, o médico de família é o médico ideal na abordagem paliativa de um doente, pois é aquele que está mais acessível, conhece o doente e a família e as influências psicossociais mais relevantes.

O MF, ao ter na relação médico-doente uma ferramenta fundamental do seu trabalho, a par do conhecimento técnico-científico, aprende e treina estratégias de comunicação, de empatia, de modo a melhor desempenhar o seu papel no acompanhamento dos utentes.

Mas o MF tem emoções e nem sempre é fácil distanciar do sofrimento e da alegria do outro.

O luto pode tornar-se uma fonte de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, se for reconhecido, trabalhado e aceite (Andersen e Gauler, 2007).

A autora não encontrou na sua revisão bibliográfica estudos que investiguem a vivência do luto dos doentes pelo seu MF nem como essa vivência pode interferir na relação médico-doente com a família enlutada. Apenas Pina (2012), no seu trabalho com enfermeiros do Serviço de Medicina Paliativa no Hospital do Fundão, investiga a vivência do luto nos enfermeiros e as estratégias para lidar com o próprio sofrimento do enfermeiro e a morte dos seus doentes e respetivas famílias. Também Marques da Gama (2011) na tentativa de avaliar a intensidade de “luto insulado” em profissionais de saúde expostos a mortes frequentes, aplicou a escala de sobrecarga de luto profissional em enfermeiros de serviços hospitalares (medicina interna, hematologia, oncologia, cuidados paliativos) evidenciando a sua utilidade na avaliação das consequências da sobrecarga por perdas por profissionais de saúde.

Considera, assim, que seria importante explorar, ao nível dos CSP, como essa temática pode interferir com os sentimentos do MF e o seu desempenho na consulta e fora dela.

Nos estudos qualitativos o objetivo da pesquisa não é testar uma hipótese teórica, mas antes desenvolver uma apreciação das motivações intrínsecas que conduzem o sujeito a atuar de determinada forma, sendo a ênfase atribuído às ideias, atitudes e intenções individuais.

A investigação ocorre em contexto de vida real e as técnicas de entrevista utilizadas permitem explorar as conceções e perspetivas culturais tendo em conta a conceção do entrevistado.

## **Objetivos**

Identificar as dificuldades dos MF em lidar com a morte dos doentes da sua lista.

Identificar as dificuldades dos MF quando lidam com a família enlutada.

## **Metodologia**

### **Tipo de estudo**

Estudo qualitativo, descritivo.

### **População**

Os MF que trabalham nas USF Monte Pedral e Oriente.

### **Amostra**

Um estudo de caso – MF das USF Monte Pedral e Oriente.

### **CrITÉRIOS de inclusão**

Serão incluídos os internos em formação específica em MGF e MF com grau de assistente, assistente graduado ou assistente graduado sÉnior que concordem com a participaÇÇo no estudo e assinem o consentimento informado.

### **Metodologia de colheita e registo de informaÇÇo:**

Será entregue um consentimento informado aos MF participantes no estudo (vide Anexo 1).

A investigadora conduzirÁ uma entrevista, que serÁ audiogravada, no local de trabalho dos entrevistados (USF Monte Pedral e USF Oriente).

A investigadora preencherÁ no inÍcio da entrevista uma ficha com a informaÇÇo demogrÁfica de modo a caracterizar o entrevistado e fornecida pelo prÓprio: identificaÇÇo (por ordem de entrada no estudo a cada MF serÁ atribuÍdo um cÓdigo, p.e. MF 1, MF2, MF3...), sexo (variÁvel nominal dicotÓmica), idade (variÁvel categÓrica ordinal; < 30, entre 30-39, entre 40-49, entre 50-59, >60), nÚmero de anos de serviÇço (variÁvel categÓrica ordinal; <10, entre 10-19, entre 20-29, >30), nÚmero de anos com a lista atual (variÁvel categÓrica nominal; <5, entre 5-9, entre 10-15, entre 16-19, >20) (vide Anexo 2).

A entrevista a aplicar serÁ semi-estruturada, uma vez que esta metodologia permite explorar as experiÊncias dos participantes e os significados por eles atribuÍdos. Este tipo de entrevista adequa-se À investigaÇÇo com pequenos grupos e para o estudo de situaÇÇes especÍficas.

A investigadora seguirÁ o guiÇo de entrevista previamente definido (vide Anexo 3) e que se vai iniciar com questÓes gerais, de resposta aberta.

O guiÇo de entrevista identifica as dimensÓes fulcrais, que serÁo abordadas em todas as entrevistas, no entanto, poderÁo existir diferentes formas de equacionar as questÓes para cada entrevistado para que a entrevista decorra de forma fluida e a entrevistadora consiga abordar os vÁrios tÓpicos.

A anÁlise dos dados serÁ efetuada e a anÁlise qualitativa das entrevistas realizadas, através de transcriÇÇes integrais ou realizando codificaÇÇo de secÇÇes de texto, necessidades a avaliar apÓs as transcriÇÇes integrais das entrevistas.

A investigadora irÁ dispor de tempo de dedicaÇÇo parcial (6h por semana) para este trabalho de investigaÇÇo.

## Questões éticas

Garantia de confidencialidade de dados: A base de dados será trabalhada exclusivamente pela investigadora. Na base de dados não constará qualquer informação que identifique de forma única os MF entrevistados. Para tal o nome do MF nunca será mencionado na entrevista e será sempre tratado por “doutor(a) ou colega”. Por ordem de entrada no estudo a cada MF será atribuído um código, p.e. MF 1, MF2, MF3...

Consentimento informado : cada MF que aceite participar no estudo terá que assinar um consentimento informado (incluindo consentimento da audiogravação e explicação da possibilidade de existirem transcrições integrais da entrevista concedida). (vide Anexo 1)

Comissão de Ética para a saúde: o presente protocolo foi enviado e aprovado, em setembro 2016, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Lisboa e Vale do Tejo (vide Anexo 4).

## Notas de orçamento

Todos os custos materiais serão suportados pela investigadora.

## Cronograma

Novembro – Dezembro 2016 – entrevistas

Dezembro 2016- Janeiro 2017 – transcrição das entrevistas

Fevereiro – Março 2017 – análise das entrevistas

Abril-Maio 2017 – escrita da tese

Junho 2017 – submissão da tese para discussão

## Referências bibliográfica

- Murtagh J. General Practice. Third Edition. The McGrawHill Companies. 2003
- McWhinney I. Manual de Medicina Familiar. Oxford University Press, Inc. 1994
- Barbosa A, Reis Pina P, Tavares F. Neto I. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. 3ª Edição. 2016
- Twycross R. Cuidados Paliativos. Climepsi Editores. 2ª edição. 2003
- Carvalho Guerra I. Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso. Princípios Editora, Lda. 1ª edição. Reimpressão 2014

- Pina A. – O luto nos enfermeiros de Cuidados Paliativos. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa para obtenção de título de Mestre em Cuidados Paliativos. 2012
- Marques da Gama G. – O luto profissional nos enfermeiros. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção de grau de doutor em Enfermagem. 2013

## Anexo 12 – Entrevista V07

*P - Como é que tomas conhecimento do falecimento dos teus doentes, dos doentes da tua lista?*

Mais frequente é por familiares que me vêm dizer. Já me aconteceu virem pedir para certificar o óbito quando ocorre no domicílio. Aconteceu-me agora recentemente um que eu tinha referenciado para a rede de cuidados continuados, estava a aguardar vaga, e a enfermeira Anabela como estava atenta disse-me que através da rede soube que ele tinha falecido. Só depois é que contactei a família.

*P – Como é que tu vives habitualmente a morte dos teus doentes? Que sentimentos é que experiencias?*

Experiencio vários. Experiencio aquele sentimento de o que é que poderia ter feito mais, sobretudo quando acontecem mortes em idades mais jovens, onde me ponho a mim própria em causa “será que fiz tudo, será que podia ter feito diferente?”. Depois tenho um outro contexto que é totalmente o oposto, às vezes até fico com alguma culpa de estar a sentir o que estou a sentir, mas quando são doentes que já tão a viver uma vida que eu acho que já não é muito digna, que já estão acamados, muitas vezes os cuidados a todos os níveis incluindo os meus não é, já são, já não lhes dão uma vida digna, a higiene, já não, estão dependentes para tudo, nem sempre os cuidados, provavelmente fazem o seu melhor, mas ultrapassa para mim largamente quilo que eu considero o mínimo da dignidade humana, e portanto há alguns que fico aliviada sei que não se deve, mas nunca é agradável aquele setting nunca é agradável, não é. A gestão, é-me fácil fechar aquele capítulo daquele doente porque faleceu, não há mais qualquer coisa para perceber, mas toda a família e como é que a família está a viver o luto é uma preocupação minha. Acho que canalizo muito mais a minha preocupação, de resto já não posso fazer nada, mas todos os outros neste momento precisam mais de mim do que precisavam antes.

*P – E então o que é que tu fazes diferente? Ou como é que fazes diferente? Com essa preocupação*

Normalmente eu tenho o cuidado de mostrar e deixar muito bem clara a minha disponibilidade para a família, e se for preciso marco-os extra e deixo abertura para virem falar diretamente comigo sem passarem pelos trâmites habituais de inscrição no secretariado e explicar no secretariado o que se passa ou tudo isso. Deixo a porta mais aberta do que habitualmente. Estar disponível, marcá-los também mais frequentemente quando vêm a 1ª vez, marcar as vezes seguintes com curtos intervalos de tempo, tentar explicar esclarecer aqui o que é que é o luto, o que é que poderão vir a sentir que é normal, o porquê de não de não os medicar que raras vezes medico lutos e portanto, da minha ajuda poder ser só a presença e o ouvir, isso.

*P – Em relação a esses elementos da família, além dessa acessibilidade que tu dizes que aumentas, achas que o que tu disseste antes de sentir culpa às vezes, de outras vezes te sentires aliviada, interfere com a relação médico doente com o resto dos membros da família? Se de alguma forma aquilo que tu sentes em relação àquele doente específico que faleceu, uma vez que tens de acompanhar o resto da família dele, se esses sentimentos que tu tens em relação ao que morreu interfere com a tua relação com a família?*

Os casos não serão todos iguais, não é. Se a minha relação com a família já era pobre não é, imagina, vinha pouco ou que estão no hospital, continua a ser pobre. Mas se de facto há um sentimento que poderia ter feito algo mais mesmo que não saiba o quê, podia ter feito diferente ou que na fase em que precisam de domicílios não fiz tantos domicílios quantos se calhar a família gostaria por exemplo, não é independentemente de se justificarem ou não, essa culpa pode-me fazer aumentar a disponibilidade e, mesmo que já não tenha muita capacidade, mas é um esforço extra para estra presente, pronto se me pedirem a mais, tenho mais dificuldade em dizer que não a esses elementos da família, sim.

*P – Nunca tiveste nenhuma formação ou já tiveste alguma formação sobre luto, sobre CP?*

Não, de luto não. O meu conhecimento das fases do luto vem dos cursos curriculares, por acaso foi uma matéria que me ficou muito presente. Atraíu-me.

*P – E achas que seria importante haver uma formação mais específica nesta área?*

Acho que seria importante, sem dúvida. Acho que eu nunca procurei, e podia ter feito, porque é uma área que eu própria fujo um bocadinho.

*P – E porquê?*

Em termos pessoais, estava-te a dizer no outro dia, em termos pessoais eu nunca passei por isso e mesmo quando os meus avós faleceram, eles não eram assim tão próximos, viviam na terra, íamos visitá-los 2-3 vezes por ano, foi uma fase em que os meus pais não deixaram que as crianças fossem ao funeral. Portanto a morte nunca esteve muito presente na minha vida. Eu acho que tenho medo mesmo sequer de pensar nisso no que diz respeito a mim e aos meus e portanto tenho também alguma dificuldade em eventualmente, falaste aqui em formação, mas mesmo no dia-a-dia, em me envolver demais, porque acho que fujo mesmo um bocadinho portanto não procuro esta área. Se calhar até a formação me poderia ensinar como envolver sem envolver pessoalmente. Mas é uma área que eu fujo, esse medo vai um bocadinho da minha história pessoal. Eu própria acho que não sei lidar com isso e às vezes me sinto um bocadinho hipócrita a confortar a família ou, estou a fazer o melhor que sei sem nunca ter tido formação nessa área, mas pronto, eu acho que seja o bom senso. Mas às vezes é difícil, não posso dizer àquela família, e acho que nunca o disse: “eu sei o que está a passar” não é, o “eu compreendo” às vezes para não ir muito mais longe. E por é isso que eu não procuro essa área. É uma área que me assusta. Saber mais poderia permitir que me assustasse menos mas nunca dei esse salto para a mudança do raciocínio, não é [risos].

*P – Consegues-te lembrar do luto do teu primeiro doente? O primeiro doente que morreu?*

Na minha lista, não tenho a certeza se foi o primeiro mas foi o primeiro que me marcou porque era uma mulher nova.

*P – Podes contar essa história?*

Sim. Era uma mulher de 35 anos, se não estou em erro, 30 e poucos, era da minha idade na altura, era lembro-me de me ter feito confusão por isso, até eram menos do que 35, eram 30 e poucos, foi aqui na unidade, foi quando eu tive realmente os meus doentes, não é, que veio a primeira vez à minha consulta, eu achei que ela estava grávida, tinha uma barriga enorme, a primeira coisa que fiz foi o DIG e eco pélvica, ela queixava-se também que já tinha ido várias vezes à urgência, queixava-se de umas dores de estômago mas o que a preocupava mais era o tamanho da barriga que não era normal, parecia de facto uma gravidez de termo e quando ela me trouxe os resultados da ecografia pélvica: uma ascite brutal, e algo que eu já não sei exatamente o que é que foi que me fez suspeitar que era neoplásico, e o resultado da TAC é que me conduziu a pensar que podia ser do estômago. Aí já era muito óbvio, na TAC a sugestão era uma neo do estômago, eu liguei para a colega de gastro, a sentir-me super mal a contar a história, porque fui rever o que tinha acontecido, todas as idas à urgência, havia sempre uma referência como ela própria não valorizava muito nem eu nem os colegas da urgência, se calhar não valorizámos o suficiente aqui as epigastralgias. E a colega do outro lado perguntou-me “mas ela nunca fez endoscopia?”. E foi aquela culpa de fiz porque [silêncio 2 segundos] e eu nunca lhe pedi e era a segunda vez que via aquela mulher, mas foi a sensação de não ter ouvido a doente. A colega da gastro marcou-lhe a endoscopia logo, era uma sexta marcou-lhe para 2ª feira, deu indicação portanto para vir ter com ela, mas em poucos meses a senhora faleceu e tinha 2 filhas pequeninas. Eu não conhecia as filhas e o marido também ficou sozinho

com 2 crianças, só conheci o marido depois. Sim, aí eu tive a clara sensação que podia ter feito diferente se tivesse valorizado de forma diferente aquelas queixas.

*P – Continuas a seguir as miúdas e o marido?*

Continuo a seguir sobretudo a mais velha, e essa foi uma família que apesar de eu os ter marcado eles próprios foram desaparecendo. O marido desapareceu literalmente, a filha mais velha agora já é adulta, já vem às consultas de PF, eu acho que não tinha mais de 12 anos na altura. E é a que está assim mais presente na minha consulta, como é que a criança cresceu rapidamente a tomar conta da irmã mais nova. E pela família também talvez pudesse ter feito alguma coisa diferente, mais a nível de mobilizar recursos como assistente social, lembro-me de ter achado naquela altura que o pai se calhar não ia conseguir lidar com as crianças, não no sentido de lhes faltar o básico, mas de ele próprio lidar com o sofrimento e, ou seja, se calhar só não ia faltar o básico: a roupa, a comida, tudo isso, mas tudo o resto, a estrutura, tive a sensação que poderia faltar. Dava-me um desconsolo, tenho uma dificuldade quando os doentes começam a desaparecer. Tinha muita dificuldade em eu própria convocá-los porque depois preenche-me totalmente, falta um mas já lá está outro a seguir, depois depois já não convoco. Se calhar eu poderia, era importante para mim fazer uma gestão diferente nalguns casos em que percebo que aquela pessoa que estava a faltar, faltou, não deixar simplesmente pelo faltou porque agora já não consigo convoca-lo novamente, e há pessoas que me preocupam. E o meu sofrimento também da família não é muito próximo. Mais esta filha agora, percebes? Mas mesmo a adolescência dela não acompanhei se calhar talvez como ela precisava de ter sido.

*P – Mas achas que foi diferente pela tua disponibilidade? Pela falta de disponibilidade neste caso ou pelo processo?*

Não gosto de me envolver muito. Acho que eles precisaram do espaço deles. Mas eu apesar de, ou seja, quando eu me mostro disponível, quando eu lhes digo que estou disponível, eu estou, efetivamente, é como digo, se eles vierem extra, eu vejo extra porque sei que aquela pessoa precisa, mas a minha disponibilidade para onde era preciso eu estar atenta para além do que eles vinham, aí eu não consegui estar disponível. Se isso podia ter feito diferença, acho que eles próprios optaram por não vir [pára] não falhavam muito as consultas básicas, acho que a mais nova tinha 5-6 anos mas é uma altura em que os miúdos já não vêm muito, portanto acabou por ser um bocado isso que aconteceu.

*P – Lembras-te de alguma situação de morte inesperada ou aguda? Esta é de tudo um pouco!*

Um bocadinho mas tive agora um recente. Estou à espera do resultado da anatomia patológica.

*P – Queres contar o que se passou?*

Sim, mas é uma senhora que eu não conheço muito bem. Até conheço melhor a família. Estava um dia aí já fora de horas da consulta, foi no verão final de agosto, tinha ficado a fazer outro tipo de trabalho e ligaram-me de lá de baixo a dizer que estava o marido da D Florinda que a senhora tinha falecido e que precisavam que fosse certificar o óbito porque a policia não libertava o corpo, pronto é um procedimento que eu conheço, que sei que é habitual. O nome não me disse nada porque são muitos doentes mas disse lá para baixo: “eu agora tou (não sei exatamente o que é que estava a fazer) o senhor que aguarde um bocadinho eu posso ir sim mas para agilizar as coisas, para ser mais simples, se eles me puderem levar lá e trazer será mais simples”. Até porque agora o SICO tenho de ir procurar a password e tenho de ir olhar bem para aquilo para perceber que dados é que preciso para depois chegar cá e preencher. só depois de ter dito lá para baixo que sim senhor que faria, é que abri o processo da doente. Nem queria acreditar. Era uma senhora que vinha uma vez por ano à consulta fazer os exames de rotina e estava tudo bem, 50 e qualquer coisa anos. E de facto tinham dito lá em baixo que não foi em casa, tinha sido no trabalho,

trabalhava num cabeleireiro. Volto a ligar lá para baixo e digo: “olhem vou querer falar com o marido”, ou desci para ir falar com o marido mas o marido já não estava, porque entretanto ele estava muito transtornado então ficou um amigo da família para me levar ao sítio e depois me trazer e o marido entretanto foi para lá porque estava muito transtornado, não conseguia estar. E eu perdi aquela oportunidade de dizer ao marido que se calhar, se calhar não, com toda a certeza, para mim era uma morte inesperada e portanto eu não ia conseguir assumir a causa de morte. O que é que aconteceu? Não tive essa conversa com ele na altura, cheguei lá foi um momento super agressivo comigo, no cabeleireiro no Bairro Alto, estava imensa gente à porta já toda a vizinhança, tudo, e a polícia. Cheguei estava o marido que eu também não conhecia bem porque é saudável, é jovem tudo isso, quem eu conhecia melhor até é a filha dela porque teve uma gravidez que eu segui, e portanto criou-se esse laço. E o marido a pedir-me por favor para eu dizer que tinha sido cardíaco, para não ir para autópsia e não sei quê “eu não quero que ela seja cortada” e doeu-me assim horrores porque eu não sabia o que era certo fazer naquele momento o que é que está mais certo, se é dar a paz a esta família se é procurar a causa, não é. Do ponto de vista científico eu não tenho dúvida que é ir procurar a causa mas o que é que isto vai trazer para esta família, para mim fiquei muito incomodada. Pronto ele percebeu, aceitou dentro do que conseguia aceitar naquele momento. Foi para a medicina legal em agosto e eles (setembro) ainda não sabem até hoje o resultado da autópsia. O que é que aconteceu depois, a filha veio poucos dias depois porque não estava bem obviamente e estive a falar comigo e só aí eu consegui ter um bocadinho mais de paz porque ela agradeceu por de facto não ter assumido nenhuma causa de morte porque mesmo em termos de seguradora isso teria outro tipo de implicações e pronto e porque todos eles também precisam de respostas, porque tem 2 filhos novos que é essa que já é mãe e um outro que também já é pai, eventualmente poderá haver aqui alguma cardiopatia congénita, alguma coisa importante que valha a pena rastrear nos filhos, conseguiram depois ver isso mesmo o próprio marido, embora lhe tenha custado muito, conseguiram perceber. Hoje acho que sim foi a melhor solução porque até não estava totalmente despertada para aquilo e assim acabou por ser isso.

*P – Mas como é que foi depois o falar com a filha, falar com o marido mais tarde?*

Eles continuam a vir à consulta.

*P – Não sentes diferença na tua relação, na forma como lidas com eles depois disto?*

Sim [silêncio de 4 segundos] a filha já era a filha que regularmente vinha. Agora é assim, enquanto que a filha vinha para consultas enquanto mãe sobretudo e a consulta era uma consulta ligeira, neste momento a consulta é uma consulta mais pesada, com sobretudo espaço para falar não é, e esta filha ainda não aceitou bem acho que tinham uma ligação muito próxima, era uma família assim muito unida para ela viver a perda de uma forma muito, muito intensa. O marido não costumava vir ao médico, já veio. Todos eles com a preocupação de quererem saber se está tudo bem, não é. É um bocadinho essa certeza. O filho não é meu doente mas pediu para ser meu doente, porque com esta divisão de famílias, a mulher e a filha são minhas doentes e ele que é o marido, o pai daquela criança, está na margem sul, porque eles vivem na margem sul. E agora com estas regras de aceitamos mais, não aceitamos mais, mas eu dei por mim a pedir à Marta se podia aceitar mais este, a querer, quase como se este merecesse mais do que os outros, porque não os quero deixar desamparados, não é.

*P – Mas não sentes que isso, que a morte inesperada como tu contaste*

*[interrompe e diz]* não senti que perdessem confiança em mim, por exemplo, não.

*P – Nem sentiste que isso foi um entrave à tua relação com eles? Nem à deles contigo?*



Eles depois acabaram por eles próprios por sentir que tinha sido o melhor. Se fosse ao contrário não sei se seria bem assim [*silêncio 5 segundos*]. Imagina que eu tinha tomado a decisão contrária e depois a seguradora não desbloqueava o seguro de vida, também ainda não desbloqueou não é, mas, não sei se isso não poderia causar realmente ali alguma, ou que não é que se punha essa questão dos seguros, eles continuariam a achar que seria uma violência para o corpo, porque é de facto uma violência a sra ir para a autópsia, não é. Aí não sei porque eu tenho muita dificuldade em lidar com o pedido dos outros e o que os outros esperam de mim. Não sei se não seria mesmo [*pára*] de facto eu procuro sempre saber se tenho culpa ou não, quase que fico aliviada se, sou o mais sincera possível, quase que fico aliviada se é uma pessoa que não vinha muito à minha consulta porque não foi nada que eu deixei escapar, é assim uma angústia que me persegue um bocadinho, vou sempre rever a ficha, sempre no falecimento de alguém, sobretudo se é inesperado não é, se é uma pessoa mais jovem.

*P – O teu receio, os teus medos, são mais perante o doente que morre e o que tu poderás ter feito errado não é?*

Sim

*P – Não achas que nada do percurso interfere no seguimento da família que fica?*

[*Silêncio 3 segundos*] o que eu acho é, ainda que eu tenha feito alguma coisa que podia ter sido feio diferente, continua a ser minha obrigação cuidar daquela família. Portanto, eu tenho que, da mesma forma como, isto é mais fácil de perceber quando há um doente, e eu tive 2 ou 3 casos, 2 que me lembre, que vem a mamografia com alteração e a pessoa até era daquelas que queria fazer mamografia todos os anos e só fez passados x, pronto, e que de alguma forma me culpa, eu ainda que eu possa pensar que se calhar se eu tivesse feito diferente o resultado poderia ter sido diferente não e, a única coisa que eu posso dizer àquela família é que lamento que o resultado tenha sido esse, que percebo que isso tenha efeitos naquela família e que a única coisa que eu posso fazer por eles neste momento é tratar dos efeitos que este acontecimento teve. Portanto ainda que eu possa não ter feito , pronto em uma morte sinto que tenho quase a obrigação de estar mais disponível para eles não é, para o resto da família, eu acho que nunca houve assim nenhum que, tirando essa, e se calhar até foi por isso que eu não fui tão atrás da família, porque , não é, se eles me viessem perguntar porque é que eu não tinha , não viriam se calhar porque eles não têm essa noção, mas se alguém me viesse perguntar porque é que eu não tinha pedido endoscopia antes, daquela família, eu ficava sem resposta. Se calhar aí fez diferença. Tás a perceber o que eu estou a dizer? Se eu sentir, ou seja, eu busco um alívio quando vou rever o processo, o que é que eu tinha feito de diferente, se eu não o encontrar, eu estou presente na mesma para a família, mas isso de alguma forma quase que agradeço que eles resolvam sozinhos porque eu própria também me estou a resolver em relação àquela morte.

*P - Tens receio que eles te vão questionar ou vão perguntar coisas?*

Não sei como reagir se isso acontecer. Acho que reagirei como daquele exemplo da mamografia “lamento”. Realmente na altura não achei que fosse preciso fazer este exame por este dado ou aquele, nada me pode garantir se tivesse feito diferente teria sido diferente. Eu tento sempre ser clara e honesta, se achar que fiz mal para mim é honesto dizer-lhes “eu gostava que tivesse sido diferente, gostava de ter feito diferente”. Não é uma coisa que eu me sinta confortável. Eu não gosto de me ver nesse papel. Não quero que me questionem. Primeiro porque não quero que haja motivos para me questionar, mas inevitavelmente podem haver, não é, e portanto se calhar se interferir nalguma coisa é mais isso, é se eu achar que a família me pode pôr em causa com razão não estou disponível mas [*silêncio 3 segundos*] se calhar não me ponho a jeito, ou se calhar, procuro focar outros assuntos na conversa “como é que a senhora está?” não sei, é um bocadinho por aí.

*P – Tiveste algum caso paliativo que te lembres, que tu tivesses acompanhado?*

Eu fujo deles, dos paliativos, envio-os para o hospital, para a Rede (RNCCI).

*P – E dos doentes que te morrem no domicílio? Aqueles velhinhos acamados, com AVC, etc. tens alguns doentes na lista, de certeza, que já faleceram.*

Sim, sim, tenho.

*P – Com esses casos tens assim algum que te lembres que queiras, que possas falar?*

[silêncio de 11 segundos a pensar] lembro-me neste momento só de 1 caso mais ou menos recente, foi este ano, mais uma vez o que me preocupa é o que ficou, quem fica pior do que foi. Uma senhora diabética, obesa, com uma obesidade mórbida, uma hipertensão, mal se mexia em casa, já tinha uma prótese da anca bilateral, assim, tudo o que tinha direito, era chata, chata, chata, chata, chata. E vivia com o marido, o marido que em termos de doença é muito mais doente que ela, mas ainda está vivo. E eu detestava ir Àquela casa, são daqueles doentes que às vezes a gente ouve falar nas reuniões, por tudo, porque cheirava mal a casa, porque tinha imensos gatos, a senhora era mesmo chata, chata, chata, o marido, coitado não é chato, mas muito submisso Àquilo tudo mas que no fundo ela era a generala daquela casa, queixavam-se, queixavam-se, queixavam-se, queixavam-se, mas era ela que minimamente fazia com que as coisas funcionassem até porque na fase final o marido já estava acamado e ela parcialmente acamada também, faleceu durante a noite eu não tive de ir lá, foi no fim de semana, soube na 2ª feira a seguir pelo filho que ligou para cá, com quem tinha uma ligação esquisita felizmente, e digo felizmente mesmo, e digo felizmente mesmo, não é meu doente, e ficou um alívio por um lado e por outro ficou a preocupação com o marido que ficou acamado. Na primeira visita domiciliária que fiz ao marido, depois da esposa falecer, fiquei agradavelmente surpreendida, finalmente a casa estava limpa porque ela não deixava ninguém entrar lá em casa, e portanto achei que se calhar o senhor tinha ficado tão pior sem a esposa independentemente de ser. Isso aconteceu prái em janeiro (estamos em agosto) continua acamado, as enfermeiras estão a ir lá 2x por semana, tem cuidadores externos a tomar conta, o filho a fazer também aquilo que pode mas não um filho assim é o cuidador mais extremoso, mesmo em termos de contacto com a unidade eles não têm um bom contacto. Acho que me sentirei também aliviada quando este marido falecer. Ando há algum tempo a desejar porque acho que aquilo não é vida há anos, sabes, por outro lado evito lá ir.

*P – Mas a casa já está limpa, incomoda-te agora o quê?*

Teve (suja) naquela fase, mas não é a sujidade da casa é a falta de dignidade que é viver naquelas condições. É um quarto pouco arejado, com pouca luz, em que o senhor passa horas deitado numa cama sozinho, vai lá uma pessoa durante o dia não sei se uma se 2x, há uma pessoa que vai lá de noite e acho que passa lá anoite, não tenho a certeza, e o senhor está ali sozinho a olhar para o teto horas e horas, ele tem uma miastenia gravis portanto não interage praticamente nada. Ainda agora estava a falar com a enfermeira Raquel, acho que é assim surdo que nem uma porta, tem um aparelho, quando o aparelho tem pilhas ele até, a Raquel diz que é outra pessoa. Eu acho que nunca vi essa outra pessoa, muito mais colaborante, interage muito mais mas normalmente o aparelho não tem pilhas e incomoda-me por isso.

*P – Pelo contexto?*

Sim, achar que a vida não [para] lá está não sei se isso é certo ou não mas se eu transpusesse aquilo para mim eu tenho a certeza que não quero aquilo para mim, que não quero nunca viver, nem para mim nem para nenhuma das pessoas que eu gosto ao ponto de chegar àquilo, não é. Às vezes penso, os meus pais são novos e são muito ativos os dois não é, mas se um dia eles precisarem que eu cuide deles e que

é o normal não é, será que eu terei capacidade? Não me passa pela cabeça nunca deixar os meus pais chegarem àquele ponto. Mas imagino que não deva ter passado pela cabeça daquele filho e efetivamente as coisas acontecem, ao fim de 50 e tal anos, as vidas são, não sei é mais nesse sentido [pára] e acho que é a degradação de tudo, que normalmente são as situações que requerem palição, não é, acho que eu seria a favor da eutanásia para que não se deixasse chegar a este ponto. Acho que o fim da linha devia ser antes disso.

*P – Mas tu disseste que ficaste preocupada com o senhor quando a mulher morreu mas a mulher já estava acamada antes do senhor?*

Não, ela não acamou antes dele.

*P – Mas mexia-se pouco ou quase nada?*

Mexia-se muito pouco sim.

*P – Qual era o teu maior receio em relação a ele? Nem eram os cuidados a ele?*

Não porque eu nunca achei que ela cuidasse dele na verdade, ela retilava, mas estás a ver, ela retilava, retilava, retilava, mas ele tinha alguém com quem interagir, não é, ele próprio era mais [pára] era engraçado qualquer um deles, no tempo que vinham à minha consulta eram super exigentes e retilavam sempre na sala de espera e nunca faziam nada do que eu dizia e achavam que eu tinha sempre a culpa de tudo. Não era por acaso que eu não gostava deles, era aquele tipo de doentes que não nos são fáceis, não é. Ele foi amansando à medida que foi perdendo mais capacidades, ela continuou muito retilona e muito chorosa, qualquer um deles. O que eu sentia quando ia lá, não era pela parte clínica era pela parte humana de serem visitados pelo médico porque eles na verdade eles não faziam nada do que eu dizia e se tinham alguma coisa depois ligavam para mim ou antes de ligarem para mim ligavam para o Dr Carmona ou para este ou aquele, fosse o que fosse, mas pronto de facto eles era o acontecimento do dia quando eu ia lá, quando as enfermeiras iam também mas como as enfermeiras iam mais vezes, notava-se a diferença, elas próprias notavam diferença quando eu ia. E era importante para eles. E é mais nesse sentido, mesmo nessa altura em que a esposa estava viva e só retilava e choramingava e não sei quê, ele reagia mais nem que fosse para falar um bocadinho com ela naqueles rugidos que mal se compreendiam, estás a perceber? Ele perdeu tudo isso. Acho que é terrível passar o dia inteiro sozinho em casa deitado numa cama e em que ele não se mexe. Ele tem uma miastenia terrível, assim uma coisa [pára] e é mais nesse sentido não era porque não iam cuidar dele, era porque se havia alguma coisa que pudesse dar sentido àquela vida era aquela esposa, com todas as características que ela tinha, mais nesse sentido. Tenho uma outra doente, são duas irmãs sozinhas idosas, em que uma tem uma demência e a outra uma diabética e a diabética faleceu este ano, aliás faleceu no mesmo fim de semana que a outra. Eu esta fui ver a casa e foi um terror. A idosa da demência ficou sozinha. Há uma vizinha a dar apoio porque a senhora recusa o lar. A assistente social da Santa Casa, ninguém faz nada dali porque não se obriga ninguém a ir para um lar. A preocupação era outra não é porque a cuidadora deixou de estar presente e ali era a cuidadora que fazia toda a diferença para que esta irmã não se perdesse, agora há uma vizinha senão ficava totalmente sem cuidadora. Mas não era essa a preocupação que eu tinha com aquele casal, era mesmo aquela tristeza toda. E eu noto que sinto isso em muito poucos casais, quando um vai ou quando há uma morte de um, muitas vezes o outro, e eu tive agora um casal que faleceram os 2 em três semanas. Este ano tive assim um ano difícil, ela faleceu primeiro também não era esperado, ele tinha uma demência estava acamado e ela era a cuidadora, foi quando eu fui para o curso, naquelas 2 semanas que estive fora, quando cheguei e em outubro (2015) tinha visto na RNCCI e depois falei há pouco tempo com a filha, não é minha utente mas achei que lhes devia dizer qualquer coisa, e o marido faleceu 3 semanas depois.

*P – Mas ela faleceu de quê?*

Ela não disse e eu não perguntei. Ela?

*P – Sim a mãe?*

Ela tinha ido à urgência uns dias antes com cansaço acentuado, ela era diabética, tinha insuficiência cardíaca, ela deve ter feito uma paragem cardio-vascular, caiu na casa de banho. A primeira vez teve uma lipotimia foi e voltou, a 2ª vez chamou a filha, a filha estava lá em casa, que não se estava a sentir bem, caiu. Eu também não fui certificar os documentos.

*P – E o marido?*

O marido não perguntei à filha. Não tive coragem de perguntar. Liguei-lhe agora à posteriori não é, e disse que tinha sabido do falecimento da senhora, não lhe tinha ligado logo logo porque achei que muito em cima do acontecimento mas achei que devia dizer alguma coisa para saber como é que eles estavam e se houvesse mais alguma coisa que eu pudesse fazer que poderiam contar comigo. A filha disse: “mas agora só o tempo”. De facto foram 3 semanas, eu nem tinha noção que tinha sido um espaço de 3 semanas mas tinha noção que tinha sido muito rápido, 3 semanas foi muito rápido, e foi de uma maneira muito inesperada e eu achei que aí ela me ia dizer qualquer coisa e eu até tentei lançar a escada mas ele disse “sobretudo a minha mãe que ninguém estava à espera que ela fosse primeiro” e isso tudo. Não quis estar ali a escarantunhar muito mais.

*P – Mas a filha é tua doente?*

Não. Portanto o meu contacto com aquela família terminou ali.

*P – O que é que te impeliu para falar com a filha? Porquê? Se nem sequer a filha era tua doente o que é que te fez, porquê essa atitude?*

Não sei porquê [silêncio 2 segundos] vou ver se me consigo lembrar das coisas como aconteceram. A filha ligou-me, a senhora foi para as urgências uns dias antes, mas a filha ligou-me a dizer o que aconteceu. Mas eu não consegui falar com ela e fiquei com o contacto para depois ligar-lhe. E não lhe liguei nesse dia porque não consegui. Liguei no dia a seguir e ela tinha falecido. Portanto eu senti que estava em falta e acho que não quis estar em falta mais tempo. Deve ter sido isso. Depois fui ver o pai nessa semana, 2 ou 3 dias depois, estava preocupada também no que é que seria, engraçado tinha visitado o casal mais para ver o senhor que estava acamado 1 ou 2 semanas antes e tinha estado a falar com a filha, e a filha tinha-me dito aqui 2 coisas: a mãe que não aceitava que o marido fosse para uma unidade de cuidados continuados que queria continuar a cuidar dele, ela estava muito preocupada porque achava que o fim do pai estava próximo e não sabia como é que a mãe iria lidar e pediu-me para rever a medicação dela para que eles pudessem ter qualquer coisa em sos para a mãe. E isto foi poucos dias antes, 1 ou 2 semanas antes, da mãe falecer. Nem deve ter sido tanto porque ainda não tinha falado com a mãe disso, tinha estado a ver o processo e portanto para mim foi inesperado, para ela também, só que de repente ela ficou com o pai sem saber muito bem o que fazer com aquela situação. Foi feita novamente a referenciação à RNCCI, não é, mas não sabíamos quando é que poderíamos ter resposta até porque era uma demência que ele tinha, havia uma história para trás e foi por aí que a Anabela e eu tentámos pegar, porque a filha falou disso e porque alguém lhe disse que como havia a história de um cancro da próstata no passado que ele teria logo acesso a uma unidade de paliativos porque se fosse a primeira proposta tinha sido para descanso do cuidador e tinha uma espera mais prolongada não é. E já não se aplicava agora, pronto. E andámos a ver a ver e havia uma história de neoplasia da próstata que ele já na altura tinha recusado tratamento. Inscrevemo-lo para a UCC e acho que inscrevemos na perspectiva de ser para paliativos,

embora sem saber se ele ia ser aceite ou não, ou seja, estava-se a tentar ser um bocadinho mais longe porque sim porque tinha a sensação que provavelmente se eu tivesse ligado à filha naquele momento não tinha mudado absolutamente nada, mas eu não tinha ligado a isso, já não era nada que eu pudesse mudar, não é, no fundo é isso.

*P - E soubeste que ele tinha morrido neste seguimento do ingresso na rede?*

Foi no ingresso da rede senão ainda não o sabia hoje, ou saberia se eventualmente tentasse programar algum domicílio, que não apareceria no sistema porque desaparecem no sistema, é uma forma.

*P – Há assim mais alguma coisa que queiras dizer?*

Lembro-me que durante o meu internato a minha orientadora dizia que todos nós carregamos o nosso cemitério connosco. Eu acho que eu crio algum distanciamento, nem sei muito bem como faço isso mas que crio sim, quais são os mecanismos que crio. Lá está isso de eu ir procurar o que devia ter feito é um dos mecanismos, para me poder tranquilizar. O meu papel terminou aqui. Não sou Deus, crio algum distanciamento. Todos carregamos o nosso cemitério, sim e desejar que os meus doentes não morressem, mas não sabia como havia de lidar mesmo quando era interna não é. Sabia e tinha velhos muito velhos e situações como aquela que eu descrevi, em o que desejo é que eles morram porque não estão a ter uma vida como, acho que eles próprios devem desejar, não sei, mas sinto eu que no lugar deles sentiria. Portanto vou, mudei um bocadinho esse meu sentimento. Mas é o meu cemitério, inevitavelmente este ano ficou muito cheio. Lembras-te de termos feito o nosso CV em 2015 que tinha a informação dos óbitos das listas e a minha era a que tinha menos óbitos. até fiquei um bocadinho contente [risos] como se isso traduzisse que eu tratava melhor dos doentes. Portanto, nesta base é este ano estou a ter o reflexo de não tratar tão bem deles [risos] mas acho que não, que isto era inevitável, ter de aprender a aceitar que é o que é.

*P – O que é que tu fazes quando, como é que tu fazes catarze? Sais daqui vais ver primeiro o processo para ver se há alguma coisa que tivéssemos feito errado ou que pudesse fazer diferente, não é. E depois,avas para casa, falas com alguém?*

Muito raramente. Nesta última que eu tive que não estava à espera falei com uma amiga por um outro contexto, porque quando a filha esteve cá uma coisa que eu achei tão tão bonita que eu achei que era algo para carregar para a minha vida. Que se tinha despedido da mãe e que a mãe lhe tinha dito que lhe costumava dizer que nós íamos de férias às pessoas que amamos todos os dias [risos]. E aquilo ficou-me. Lembro-me de estar a falar com uma amiga sobre isso, sobre isso mas não sobre isso especificamente, mas sobre a dificuldade em dizer às pessoas que as amamos ou parece quase que, e essa minha amiga partilhava isso comigo, e dei esse exemplo. é assim de resto o meu cemitério está comigo, tento resolvê-lo sozinha. Às vezes falo com a enfermeira Raquel, eventualmente pontualmente com algum colega, aqui na 1ª hora da consulta, mais nova que possa estar comigo (que esteve quando a Dra Rosalina esteve fora) e era uma das minhas primeiras opções senão única. Ela disse podias adivinhar mas não podias fazer tudo. Mas fora isso não. Pontualmente pode haver oportunidade de falar mais até com as enfermeiras muitas vezes são elas que me trazem a notícia não é. Mas só isso. Fora daqui, não tenho ninguém com quem falar, também não sei muito bem, acho que são coisas que extravasam o sigilo profissional, portanto, eu não posso contar a história, posso omitir nomes, estou-te aqui a contar e a dizer nomes porque é entre colegas. Se eu estivesse a ter esta conversa com um melhor amigo ou alguém que fosse muito importante, como o meu pai, com a minha mãe, só o dizer nomes já estava a ultrapassar aquilo que, pronto, normalmente eu não levo, não discuto nada do trabalho lá fora. A minha rede de suporte e de amigos são médicos também, 3 ou 4 médicos. Pode surgir alguma coisa de dúvidas disto e daquilo, de um caso ou

isso, mas não é especificamente sobre os casos de luto só isso, até porque a maior parte são pediatras [risos] e portanto, graças a Deus, não têm nenhum caso desses.

## Anexo 13 – Entrevista V10

*P – Como é que tu costumavas ter conhecimento da morte dos teus doentes? Como é que sabes que eles morreram?*

Varia. Acontece serem familiares que vêm ter comigo e que me vêm dizer pessoalmente ou por telefone que faleceu a pessoa X que é familiar dele e que pertencia à minha lista, mas já aconteceu perceber ou por situações que tinha consulta marcada e me aparece a preto e portanto percebo que a pessoa faleceu ou através das nossas enfermeiras, nomeadamente a enfermeira de família que tem um seguimento mais próximo desse doente e que me diz, porque foi comunicado a ela diretamente ou porque ela percebeu também que aparece a preto, portanto, essa pessoa falecida. Basicamente é assim nestas formas de descobrir que a pessoa faleceu.

*P – E assim que tomas conhecimento, o que é que tu sentes?*

Varia também, não é, das situações. Há situações que já estou um bocadinho à espera, por exemplo aqueles doentes precisamente já paliativos que até fiz o acompanhamento mais próximo e que mesmo com a enfermeira de família, mesmo que não seja eu a fazer a visita domiciliária mais paliativa, a enfermeira tem feito esse acompanhamento, portanto já é algo que estou um bocadinho na expectativa que vá decorrer, e portanto aquilo que eu sinto nessa altura quase que parece nalgumas alturas de alívio, porque finalmente aquele sofrimento chegou ao fim e pronto porque sentia que a pessoa não estava já bem, não estava nas suas funções. Mas também me sinto triste, naturalmente, um pouco melancólica porque chegou ao fim aquele ciclo de vida e deixa-me triste, e porque nalguns casos há famílias que ficam muito disfuncionais e tem um impacto muito importante na vida daqueles familiares que também são meus utentes grande número de vezes, e portanto há ali um mix de sentimentos. Também já aconteceu situações de mortes mais súbitas, não estaria a contar que tivessem que fossem acontecer, nos últimos 2 anos lembro-me de 2 casos em concreto e lembro-me de me sentir muito surpreendida, tive a sensação de “fiz tudo o que devia ter feito ou foi algo que eu falhei e que podia ter feito melhor para que impedisse este desfecho” – estou a falar de mortes mais súbitas do ponto de vista cardiovascular ou de diagnósticos assim de um cancro que acabou por ser fulminante, enfim e que, enfim, às vezes deixa-me aquele sentimento - deixa-me rever este processo, será que eu falhei aqui nalgum ponto”. Também às vezes um sentimento de, junto da família, ficar às vezes um pouco assim mais encolhida mas ao mesmo tempo fico feliz porque se vieram ter comigo é porque confiam em mim e têm em consideração eu ter acompanhado aquela pessoa. Mas esses cá são os momentos que me chocam um bocadinho mais e que eu própria tenho que lidar um bocadinho que “isto não aconteceu, não pode ter acontecido”. Se calhar ali no momento vou verificar tudo, tudo, tudo para ter a certeza que não falhei ou pelo menos que minimizei o que devia ter minimizado. E depois um bocadinho também falar com esta família e perceber o impacto que teve esta perda e partilharmos às vezes um bocadinho porque também para mim também foi uma perda, também súbita, e já me aconteceu emocionar-me junto da família quando ocorreram perdas destas e são estes os sentimentos que tenho.

*P – E queres contar algum desses casos?*

Sim, há um caso marcante de um senhor que era diabético, hipertenso, a família portanto são um casal de 70 e poucos anos, com 2 filhos, um dos filhos não vive em Portugal o outro vive, que é meu utente frequentador, e pronto e lembro-me que este senhor era daqueles que cumpria as vigilâncias, as coisas aparentemente estavam bem controladas. Tínhamos inclusivamente feito um ECG e um ecocardiograma porque ele tinha um sopro mínimo e já não fazia há alguns anos e portanto repeti, pouco tempo antes dele vir a falecer, 1 mês ou 2 meses antes não mais do que isso. Ele, lembro-me que ele era assintomático, portanto era uma pessoa muito bem disposta, tínhamos sempre uma consulta impecável e de facto fiquei

surpreendida quando passados 2 meses da consulta dele cá, vem a esposa lavada em lágrimas, toda de preto, a dizer que ele tinha falecido subitamente com um enfarte fulminante. Ai fiquei, fiquei em choque. Fiquei completamente em choque, não tava a acreditar. Aliás, nós tínhamos feito os exames todos, estava tudo normal, aqui um bocadinho de negação, é impossível isto ter acontecido com esta pessoa que tava tudo bem, não se queixava de nada, que tinha os exames todos impeks. Como é que isto falhou? E pronto, e depois claro perceber que estas coisas acontecem e foi uma perda para mim, custou-me gerir um bocadinho com esta viúva que estava destrozada, que questionava um pouco se tinha sido feito realmente tudo, que não percebia, foi todo um viver outra vez daquele momento da morte, que para ela foi marcante, porque foi ela que assistiu à morte em casa, portanto ele sentiu-se mal e de repente diz que não se está a sentir bem e ela depois quando o abana o homem tá morto, portanto nem teve tempo de chamar INEMs nem nada. O INEM acaba por ser chamado mas já ele está em paragem, tenta fazer manobras mas já não ressuscitam. E pronto e depois o diagnóstico final foi que o sr teve um enfarte fulminante. Nesse dia, ela conta que ele tava super bem-disposto, que andou a fazer esforços e provavelmente foi isso que desencadeou o enfarte. Mas muito bem-disposto na casa já não sei da onde em Lisboa, felizes, bem-dispostos e tudo acontece assim subitamente sem ninguém tar a prever. Lembro-me um bocadinho quase da confrontação dela - mas não falhou nada? – ela não disse isto diretamente mas eu senti-o assim pelo menos de alguma cobrança do que é que pode ter falhado porque eu realmente era a médica que o acompanhava, não era seguido em mais lado nenhum. Lembro-me daquele sentimento de “será que eu falhei nalgum ponto?” E, pronto, e tive a rever as coisas todas com ela, reví o episódio, tentei explicar que estas coisas súbitas também nos acontecem, que são inexplicáveis ou são explicáveis mas são inesperadas. Nós não conseguimos prever tudo, e pronto. E depois no seguimento disso, lembro-me que ela depois saiu, tivemos bastante tempo a conversar, entendi o impacto que isto teve nela, marquei uma consulta depois com ela com calma porque queria perceber como ela ia gerir este luto, também combinei o filho também vir, que é meu utente, o filho estava mais resolvido em relação a isto, percebeu de uma maneira mais racional o que se tinha passado. Percebeu que era um doente de Risco CV elevado e portanto isto podia acontecer ainda que tudo aparentemente estivesse bem antes, e sei que passados, isto já foi quase há 2 anos, sei que a senhora vem de negro, chora sempre cada vez, vamos tendo períodos cada vez mais curtos de choro na consulta, mas foi algo que me marcou muito, porque sinto que aquela pessoa teve um impacto gigante.

*P – E achas que mudou alguma coisa na relação tua com ela?*

Eu acho que curiosamente aproximou-me dela, porque ela era daquelas utentes, comparativamente ao marido, o marido era muito bem-disposto, daqueles utentes que pelo menos para mim dá gosto ter na consulta, que a coisa é fluida, e ela era daquelas um bocadinho mais peguinhentas, mais tem a certeza que fez tudo, não é preciso fazer mais exame xpto. Portanto naturalmente ela era aquele tipo de pessoa que enfim, eu podia ficar um bocadinho mais incomodada mas ia gerindo e acho que sempre consegui gerir bem, mas em termos de sentimentos de facto achava que ela era um bocadinho chata, vá. E acho que depois deste episódio passei a ter uma tolerância e uma empatia com ela diferente, nesse aspeto mudou.

*P – E deles em relação a ti, mudou?*

Eu acho que dela tem mudado a confiança.

*P – Para melhor ou para pior?*

Para melhor, para melhor. Mas do decorrer do pós-luto. Portanto, ao longo do pós-luto o facto de eu ter disponibilizado as consultas, a ter dado disponibilidade e acessibilidade para ela vir ter comigo quando precisasse, o ter acompanhado de maneira bastante próxima o luto dela e disponibilizar-me para ajudar,



o facto também do filho vir e percebermos que também havia aqui uma boa fonte de apoio e termos aqui trabalhado em conjunto, eu acho que ela ganhou bastante confiança em mim, e nesse aspeto é curioso porque antes do falecimento deste senhor a relação com ela era de uma forma e atualmente realmente é outra. Somos mais próximas, mais empáticas. E ela em relação a mim, também.

*P – Que estratégias é que tu usaste para tu própria fazeres o teu luto deste doente?*

Eu a acho que pronto o que fiz e como já tinha dito, muito imediato, foi rever, rever o processo clínico, perceber se realmente me tinha falhado alguma coisa ou não e a partir do momento em que percebi que felizmente não tinha, mesmo de forma grosseira, falhado nada assim expectável, tranquilizou-me essa parte. Fiquei mais tranquila em relação à minha prestação como médica. Havia também um aspeto que me deixava tranquila porque sempre tive acessibilidade para eles e para ele em concreto e portanto nunca senti que houvesse ali nenhuma hostilidade nem nenhuma barreira entre nós os dois, portanto, nesse aspeto também tava tranquila, não era uma pessoa que pudesse ter algum tipo de embirração, portanto não existia esse tipo de barreira, e isso também me deixava tranquila isso existir. E de facto, para mim a estratégia de falar com ela, desmistificar tudo isto, no fundo vivermos juntas aquele momento e perceber que isto é uma causa explicável ainda que inesperada, ainda me tranquilizada e fez-me avançar, mas foi um marco na minha carreira porque foi realmente uma morte súbita inesperada.

*P – Levas para casa? Conversas com mais alguém?*

Posso conversar e conversei com os meus colegas de trabalho na altura, acho que até imediatamente deverei ter falado com alguém, não consigo especificar quem, e sei que este é um daqueles tópicos quando se fala de situações súbitas, é um dos casos que me ocorre com alguma frequência e que portanto partilho, partilho esta história. Em casa acho que também deveria ter falado com o meu marido, mas de uma maneira bastante mais superficial, sem grandes detalhes, mas felizmente para casa não sinto que leve, fica aqui neste espaço, nesta equipa.

*P – Tens algum caso paliativo?*

Tenho, tenho mais do que um. tenho um que foi no ano passado, um doente com carcinoma do pulmão que era seguido durante bastante tempo, se não em engano no IPO, não tenho a certeza se era no IPO se calhar não era, bem mas pronto, era seguido em pneumologia, já tinha metastização hepática, fumador, que nunca deixou de o ser mesmo nos últimos dias continuava a fumar e ele sabia o que estava a fazer, e era seguido também em consulta da dor. Houve uma altura que de facto o senhor já não conseguia sair de casa e portanto a Luísa, a enfermeira Luísa, que é a minha enfermeira de família, que também tem o mestrado em paliativos, portanto também está bastante mais bem preparada para gerir isto e com quem eu tenho muito apoio nesta gestão, começámos a fazer as visitas de uma forma mais sistemática, ela ia, não sei se era todos os dias, numa fase final foi todos os dias, mas pelo menos de 2 em 2 dias ia garantidamente e eu lembro-me basicamente semanalmente ou de 2 em 2 semanas, ia também fazer uma visita com ela, perceber o ponto da situação e no fim acho que até fui mais do que 1 x semana. E pronto, e lembro que era um homem que também era muito bem disposto, chegou a vir à minha consulta presencialmente portanto uma pessoa que conheci ainda funcional, e que tinha uma família impecável, ele dava-se, tinha uma relação muito boa com a mulher, as filhas também, uma das filhas um pouco mais problemática, mas era uma família coesa. E que vinham também à minha consulta, e portanto fizemos este acompanhamento dele nos últimos meses de vida, acho que foram 2 meses que estivemos assim a acompanhá-lo, e lembro-me das várias medidas paliativas que fomos tomando decisão, o acompanhamento da família, perceber junto dele o que é que fazia sentido ou não tratar, seja do ponto de vista de falar com pessoas, resolver com a família, do ponto de vista espiritual, se havia assim assuntos que quisesse tratar. Lembro-me que coincidiu depois numa uma altura perto do Natal e portanto havia ali

uma situação “tíramos o pai da cama, não tíramos o pai da cama. Pomo-lo a jantar connosco na consoada”, lembro-me desse dilema e de eu estar presente com a família a falarmos um bocadinho disso e se fazia sentido a ele, como doente o que é que fazia mais sentido a ele, estar ou não estar, como é que ele queria estar e muito esta dinâmica junto da família, de gerir as expectativas também deles, dar esta noção de facto que era um paliativo, de como as coisas iam evoluir, dar-lhes a indicação que nós estávamos disponíveis para o senhor poder vir a falecer em casa ainda que durante o fim de semana não teríamos essa disponibilidade. E pronto, e fomos enfatizando porque é que poderia fazer sentido o doente vir a falecer em casa se fosse o desejo dele versos o hospital, junto da mulher e uma das filhas isso estava a correr bastante, nós sentimos como a correr bastante bem, era uma a passar mensagem tranquilizadora, junto da outra filha não estava a passar essa mensagem, ela estava bastante revoltada com a situação do pai e achava que aquilo não era assim tão paliativo e pronto, ironicamente depois de todo este trabalho que a enfermeira Luísa e eu tivemos, recorro que o senhor, vim depois a saber numa segunda-feira que o senhor tinha falecido no sábado, no Hospital. Pronto...e aquela sensação foi “bolas o senhor faleceu no hospital...”por outro lado entendi que, depois de falar com a família, porque eles vieram cá falar connosco, pediram para falar connosco numa reunião e tivemos todas juntas, lembro-me que a esposa do senhor disse que ele acabou por ir para o hospital porque a filha que estava com mais dificuldade não estava a conseguir gerir o pai estar em agonia e acabaram por chamar o INEM e foi para o hospital. Felizmente apanhou um médico lá nas urgências que percebeu como é que era a situação e o desfecho dela e acho que o conseguiu por numa zona relativamente reservada no serviço de urgência, enfim, num ambiente mais ou menos controlado, não era num quarto mas era uma coisa controlada, que permitiu que estivesse ao pé deles. E pronto, tirou-lhe a dor, permitiu que o senhor acabasse por falecer junto da família, ainda que num ambiente hospitalar que era o que a outra filha queria, portanto houve ali um *mix* de coisas que acho que acabaram por se cumprir e que por um lado foi bom para ele, ainda que tenha sido mobilizado e essa não foi a melhor parte, mas muito bom para a família porque acho que ficaram resolvidos e não ficaram com diabinhos nem fantasmilhas por resolver, e isso acho que foi positivo. Conclusão, lidar com este doente que veio a falecer neste acompanhamento continuado, em contraste com o outro, foi algo que não me chocou da mesma forma que foi o caso do outro, quase lá está, quase senti um alívio, sem querer ser mal interpretada, de pronto chegou a hora dele, fazia sentido chegar esta hora, ele partiu sem grandes agonias exageradas, sem dor, sem ... e partiu bem, senti que em termos de família as coisas também correram bem, e as pessoas estavam ainda que umas melhor resolvidas do que outras mas estavam preparadas para este desfecho, isso também para mim em concreto foi muito positivo porque foi algo que eu achei que foi sereno que foi tranquilizador, senti que fiz o que podia ter feito e estivemos lá disponíveis. Foi algo que recorro como muito positivo em termos de vivência que tive.

*P – Continuas a seguir a família?*

Sim.

*P – A tua relação com eles e vice-versa?*

É excelente, é excelente. A viúva em concreto é amorosíssima, temos uma relação ótima.

*P – Já era antes?*

Já era antes. E se manteve

*P – Não mudou nada?*

Não mudou nada. Com as filhas que não tinha uma relação tão próxima houve maior proximidade, não é tão próxima como a esposa, também porque elas não vêm tanto e portanto também não há necessidade da consulta ser mais do que 1 por ano ou até de 2 em 2 anos portanto, mas sempre que vêm há aquele

reconhecimento do acompanhamento do pai há quase que uma gratidão das coisas terem corrido bem, por termos todos funcionado em equipa e pronto acho que é fluida, uma relação fluida sem paternalismos, mas é uma coisa normal, boa, salutar, sinto isso dessa forma.

*P - E de algum caso de falecimento de um utente jovem?*

Utente jovem...[*silêncio de 5 segundos*] é assim jovem, jovem no sentido eu acho que foi precoce a morte mas era um indivíduo de 40 anos, não sei se posso considera-lo jovem, não é um jovem de 16 anos, não é uma criança, é um adulto, mas não estou assim a me recordar ...é-me relatado mas eu não o vivi, ou seja, tenho famílias que me relataram por exemplo falecimento de um filho mas que não fui eu que acompanhei esse luto, nem conheci sequer a criança ou o jovem. Tenho uma situação de um utente de 38 ou 40 anos, já não sei bem precisar, e sei que foi uma coisa muito súbita, portanto também foi atípico, porque era um doente que não tinha médico de família atribuído e que de repente vem simplesmente cá, e acho que também se dirigiu na altura a Monte Pedral a solicitar visita domiciliária com urgência. E lembro-me que nós aqui acabámos por dar uma resposta mais célere em termos era atravessar a rua e estávamos lá, e acabou por coincidentemente calhar-me a mim e à Luísa e acabámos por as duas lá. E se eu não me engano era qualquer coisa do foro hematológico, já não sei precisar, era um linfoma metastizado, ele tinha metástases cerebrais, portanto ele tinha momentos de grande confusão, e lembro-me de lá irmos e ele não conseguia falar, praticamente. E lembro-me que estava a mulher, estava a irmã e estava a mãe dele. Portanto era tudo atípico, aquela mulher estar a ver aquele filho a partir. Era um doente que tinha sido seguido sempre no IPO, portanto toda a família sabia, portanto isto foi tudo muito rápido. Eu acho que ele veio a falecer em duas semanas. E lembro-me simplesmente de termos reforçado as medidas paliativas do controlo da dor e da dispneia, de termos tranquilizado nesse aspeto, de conforto, de todo o máximo conforto, lembro-me que recordámos isso junto deles e lembro-me em particular não foi tanto a reação comigo foi mais com a enfermeira Luísa de ela de agarrar a mão e de lhe perguntar se precisava de alguma coisa e de ele ter chorado. Simplesmente por ter alguém que o acompanhasse, isso foi marcante.

*P – Era teu doente?*

Não era meu, tornou-se meu subitamente. Eu emocionei-me pela história, por ser jovem. Quer dizer é aquela transferência que nós acabamos por fazer para nós próprios. ... [*Chora*] ... isto é horrível, que horror... Ele acabou por vir a falecer em casa bem, foi a enfermeira Luísa que o acompanhou muito de perto nessa altura mais do que eu, porque também no IPO os médicos estavam disponíveis portanto não havia tanto essa necessidade da parte médica ali e lembro-me que a enfermeira Luísa ia lá quase todos os dias vê-lo e ele acabou por falecer em casa tranquilo.

*P - E o resto da família tu segues?*

Não, não. Ele só foi ali inscrito isoladamente, e pronto. A família acabou depois por vir cá posteriormente sem estar inscrita, um bocadinho mais para falar e em concreto um agradecimento à Luísa que esteve muito disponível na altura mas também falaram comigo e agradeceram a minha disponibilidade na altura também e eram pessoas resolvidas, que eu fiquei também surpreendida, não é, porque uma pessoa tão jovem e aquela mãe ver aquele filho ir embora. Não era o único filho, tinha a outra filha, mas foi uma situação que me custou um bocadinho.

*P – Custou-te mais o quê? A idade?*

Sim. [*Silêncio de 4 segundos*]... A idade, o contexto, ver um homem que tinha tudo pela frente e de repente...[*Chora outra vez*] ...ai que horror, desculpa...mas pronto foi assim, também foi atípico nesta medida se calhar, enfim. Eu acho que pela idade chocar-me-ia sempre, um pouco mais, mesmo que o acompanhasse e já estivesse à espera, não é. Mas pronto foi pegar nisto tudo e lembro-me que na altura

foi o choque mas foi reagir, ponto. À posteriori é que eu caí mais em mim: possa este fulano tinha 38 anos e aconteceu isto e pelos vistos ainda está cá a marca porque isto ainda me emociona hoje... *chora outra vez...*

*P – Mas de um modo geral não vês que tenha interferido tudo, a tua vivência, a tua forma de estar, o acompanhamento antes das pessoas morrerem, depois, não achas que isto tenha interferido em nada com o resto da família nem com a tua comunicação com a família nem a relação?*

Eu acho que, não sei se estou a perceber bem a pergunta, se é o facto de eu ter vivido isto se mudou ou não o meu comportamento em relação a esta família.

*P – Se isso interferiu? ou se de alguma forma interferiu se te fez agir de forma diferente?*

É assim o facto dele ser jovem, se calhar até parti com a expectativa de ser mais chocante para a família do que depois efetivamente objectivei. Foi uma surpresa. E portanto quase que aprendi com eles essa serenidade, essa aceitação não é. Acho que eles estavam já naquele processo de aceitarem o que iria acontecer e perceberem que para ele aquilo já não era vida e portanto fazia sentido que as coisas tivessem aquele desfecho, e estarem disponíveis. Em termos de comunicação, propriamente, realmente e também pela situação ter esta atipia acabou por não ter grandes desenvolvimentos. Acabei por não comunicar muito mais com eles, portanto, é diferente dos outros casos.

*P – Acabou por ser um caso isolado*

É exatamente.

*P – Consegues lembrar-te do teu primeiro doente que faleceu, da tua vida profissional, mesmo como interna?*

Consgo lembrar-me de várias pessoas que morreram. Mas assim o primeiro de todos...eu tenho uma vaga ideia, não consigo descrever quem era, durante o internato de MGF nos Olivais, a sensação de ter recebido uma notícia de alguém que tinha morrido da lista que partilhava com o meu orientador. Mas não o senti ainda tanto como meu, da minha lista como sinto agora que estou no Oriente, não é, desde há 4 anos. No Oriente acho que tenho ideia de uma velhota ou de um velhote que terão morrido, ter sido daqueles primeiros, as nossas listas são muito envelhecidas, isso partilhamos convosco, e portanto, lembro-me da notícia de alguém que morreu mas que seria alguém idoso e portanto que eu não coloquei grande questão sobre isso, quer dizer, não me chocou particularmente, achei que era o ciclo da vida que acabava por estar ali. Era uma pessoa de 80 ou 90 e muitos anos. Lembro-me que não me chocou nessa medida, lembro-me que vão falecer os doentes que eu tenho, porque é uma lista muito envelhecida e são muitos velhinhos e isto vai acabar por acontecer. Lembro-me dessa sensação, sim.

*P – Nunca tiveste formação nesta área?*

Eu tive durante o internato de MGF, 1 mês de estágio em cuidados paliativos. E é uma área que me interessa, que eu gosto. Não investi depois à posteriori ainda, ainda, muito mais nisso mas é uma área que eu tenho gosto e que inclusivamente tive o meu orientador que foi o Dr Guilherme que também estava a fazer o mestrado em CP e portanto de certa forma tive sempre ali aquele bichinho e aquela aproximação de como gerir situações de paliativos, não necessariamente de mortes súbitas nem esse tipo de situações mais inesperadas. E pronto é um tema que eu particularmente também gosto, uma temática que me interessa, acho que faz parte do ciclo da vida e acho que deveremos encarar isto com mais naturalidade do que encaramos às vezes.

*P – Achas que era preciso mais formação?*

Sem dúvida. Mais formação, mais desmistificação, mais educação, e a educação vinha para mim desde o início e nós encararmos a morte como um processo que faz parte deste ciclo que é a vida, mas também tem muito a ver com a parte cultural, não é, religiosa, e aquilo que acaba por ser transmitido ao longo de gerações e vemos a morte como um desfecho triste em vez de ser o culminar de uma vida quando felizmente ela pode ser longa e relativamente bem vivida, e pronto, e as mortes mais súbitas acho que também temos de aprender a trabalhar um bocadinho mais com elas e se calhar no meu ponto de vista acho que não estamos, para mim acho que não estamos ou eu não estarei assim tão preparada do que aquelas que são previsíveis acontecerem. Essas se calhar estou um bocadinho mais resolvida. Se calhar por interesse vou pesquisando, mas as outras se calhar não estou tão bem preparada e acho que não estamos de facto a receber formação nesse sentido. Estamos muito habituados a dar boas notícias, mesmo as más notícias já se vai começando a trabalhar um bocadinho mais, mas também não é o ideal e estamos muito habituados a dar diagnósticos. Toda a outra componente que faz parte integrar emoções dos outros, as minhas e o que para aí vem de futuro, principalmente porque sendo médicos de família temos esta continuidade, podia e deveria ser um bocadinho melhor conversado e trabalhado, perceber se existem ferramentas que nós possamos utilizar a nosso benefício e da família em concreto.

*P – Achas que o facto de teres uma enfermeira de família com o mestrado ajuda?*

Sim, sem dúvida. Ajuda-me em “n” coisas: em perceber onde é que eu estou a ser invasiva ou não em termos de tratamento, para além de eu já ter algum conhecimento ela recorda-me muito isso porque experienciou isso de uma maneira muito mais prática e portanto perceber onde está ali o limite do que é razoável avançar ou não e nisso a Luísa é muito eficaz em transmitir e tranquilizadora, em termos de gerir também junto do doente o que é que ele quer e não quer saber, por onde é que avançamos e como é que avançamos, e ir sabendo fazer este percurso de uma maneira tranquila e que não é chegar ali e dizer tudo, perceber o que a pessoa quer ouvir efetivamente, até dou o exemplo que ela transmite e de conversas que nós temos as duas que partilhamos e falamos dos nossos doentes, aprendo com ela nesse sentido e acho que é muito útil ela ter essa formação. O contacto com a família tenho aprendido imenso com ela porque ela tem uma capacidade realmente incrível de palpar o terreno e perceber quais são as expectativas e os receios, os mitos que ali andam, ir um bocadinho descortinando e ganhando a confiança, e muito esta coisa de “nós estamos aqui para vos ajudar, estamos acessíveis, estamos contactáveis, existe um contacto, vocês não estão sozinhos, nós vamos continuar a vir cá”, este apoio, ela transmite muito pelo exemplo para além de conversarmos, pelo exemplo que ela dá da sua prática. Isso dá-me tranquilidade, naturalmente, e o facto de ela ter tido experiência em lidar com isso dá-me segurança de poder avançar eu que não tenho tanta experiência prática, posso ler mas da teoria à prática às vezes vai uma distância, ter alguém que efetivamente faz, já fez e sabe fazer dá-me mais segurança a mim também muito grande e portanto, se calhar também felizmente por isso é possível avançar nisto. Se calhar outros colegas, ou com outras enfermeiras eu não sinto essa segurança por exemplo. Inclusivamente isso acontece, colegas meus médicos não fazem parilha com ela em termos de equipa de família, temos paliativos noutros colegas, muitas vezes também se recorre à Luísa nesse sentido, de ela fazer própria uma avaliação dos doentes e ser ela quase que acaba por assumir um bocadinho os paliativos por defeito da unidade, em vez de ser a própria enfermeira de família. Acaba por acompanhar, a Luísa acaba por levar um bocadinho aquilo até ao fim. Portanto sim, sem dúvida que isso é uma vantagem ter alguém que tem formação nesta área é vantajoso.

*P - Ela esteve na equipa dos Olivais?*

Esteve numa equipa, depois fez o mestrado e sempre acabou por estar um bocadinho direcionada para aquilo, mesmo que não faça uma prática formal de paliativos atualmente, é uma pessoa que tem experiência e que pronto nos traz segurança

*P – É um apoio?*

Completamente. Completamente. Também na altura o Dr Guilherme que saiu estava a fazer o mestrado em paliativos, na altura era uma pessoa com quem eu ia recorrendo por exemplo terapêutica, como é que eu aumento as doses, pronto porque eu sei na teoria fazer as minhas continhas e tenho os meus rascunhos e as minhas cábulas mas alguém que faça isto com mais naturalidade é obvio que é muito mais simples e pronto nem que seja pelo reforço “estás a pensar bem” isso é importante ter alguém que saiba fazer e às vezes é um desafio para mim própria pensar se calhar valia a pena investir nesta área doutra forma. Mas ainda não aconteceu, ainda não deu para isso. Mas toda a equipa beneficia eu acho que beneficia, e neste caso em concreto, em ter uma pessoa que tenha formação em paliativos. Isso é transversal a outras áreas, quem também tem formação em diabetes é uma vantagem em também termos alguém com maior especificidade em diabetes, seja em reabilitação também temos uma enfermeira de reabilitação, seja na saúde materna, quer dizer eu acho que isso é um bocadinho transversal, quem possa ter um bocadinho de maior especificidade e formação numa área, vai-nos dando mais segurança a todos nós.